

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Sirja Ristimäki
Siiri Tanskanen

TYÖNTEKIJÄN JAKSAMINEN JA OSAAMISTARPEET
SAATTOHOITOTYÖSSÄ YKSITYISESSÄ HOIVAKODISSA

Opinnäytetyö
Toukokuu 2018



OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijät
Sirja Ristimäki, Siiri Tanskanen

Nimeke
Työntekijän jaksaminen ja osaamistarpeet saattohoitotyössä yksityisessä hoivakodissa
Toimeksiantaja
Attendo Oy, Jyrin hoivakoti

Tiivistelmä

Saattohoito on elämän loppuvaiheessa tapahtuvaa hoitoa. Työn monipuolisuus vaatii hoitohenkilökunnalta laajaa ammatillista osaamista sekä hyviä vuorovaiikutustaitoja. Erityispiirre saattohoitotyössä on läheisten tiivis osallistuminen potilaan hoitoon. Saattohoidon suositukset nostavat esille hoidon suunnittelun ja henkilöstön osaamisen, sekä kivunhoidon ja kärsimysten lievittämisen merkityksen hyvän saattohoitotyön toteutumisessa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää työntekijöiden osaamista ja työssä jaksamista saattohoitotyössä. Tehtävänä oli kerätä kyselylomakkeella hoivakodin työntekijöiltä mitattavissa olevaa tietoa, mistä saadaan vastauksia asetettuihin tutkimusongelmiin. Tutkimuksen aineisto kerättiin huhtikuussa 2018 tutkimuslomakkeilla, joihin toivottiin vastaavan 28 hoivakodissa kyselyn aikana työskentelevää henkilöä. Työntekijöistä 18 vastasi kyselyyn, jolloin tutkimuksen vastausprosentiksi saatiin 64. Tutkimuksen menetelmä oli kvantitatiivinen kyselylomaketutkimus.

Vastausten perusteella hoivakodin työntekijät eivät koe työssäjaksamistaan merkittävästi huonona ja tämän hetken saattohoidon osaaminen on riittävää. Työntekijät ovat halukkaita kehittämään osaamistaan, ja eniten lisätietoa kaivataan psyykkisten oireiden tuntemuksesta ja hoidosta. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että hyvä osaaminen tukee työssäjaksamista. Jatkokehittämis-idea voi olla toteuttaa hoivakodin työntekijöille koulutusmateriaali ja työpaja saattohoidosta.

Kieli
suomi

Sivuja 68
Liitteet 2
Liitesivumäärä 8

Asiasanat
saattohoito, saattohoitotyö, työssäjaksaminen, osaamisen kehittäminen



THESIS
May 2018
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 13 260 600

Authors
Sirja Ristimäki, Siiri Tanskanen

Title
Coping of Staff and Competence Needs in an End-of-Life Care Unit

Commissioned by
Attendo Ltd, Jyri Nursing home

Abstract

End-of-life care is advanced care of a dying patient during the time surrounding death. Providing end-of-life care demands professional competence and good communication and interaction skills. A special feature is that the next of kin are closely involved in end-of-life care. According to the recommendations, the realisation of good end-of-life care requires planning of the provided care, staff competence, effective pain management and alleviation of suffering.

The aim was to explore staff competence needs and work-related well-being of staff in a private nursing home in end-of-life care. The task was to gather measurable information for the study questions by using a survey. Data for this study was gathered among nursing home staff with the help of a questionnaire. Altogether 28 employees were working in the nursing home in April 2018 when data was gathered. A total of 18 responses were received yielding a response rate of 64 %.

This survey indicated that the staff in the nursing home were not unsatisfied with their work-related and their competence in end-of-life care was currently sufficient. The staff were willing to develop their competence especially in recognising and managing psychological symptoms. This data supports the view that a good competence in end-of-life care supports well-being at work. A further development idea is to create educational material and organise a workshop on end-of-life care for the nursing home staff.

Language
Finnish

Pages 68
Appendices 2
Pages of Appendices 8

Keywords
end-of-life care, well-being at work, competence development

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Saattohoito	6
2.1	Saattohoitopäätös	6
2.2	DNR-päätös	7
2.3	Hoitotahto	8
2.4	Saattohoidon etiikka	9
3	Saattohoidon lainsäädäntö, suositukset ja alueellinen toteutus	10
3.1	Lainsäädäntö	10
3.2	Suosituksien Suomessa	11
3.3	Kehitystyö Pohjois-Karjalassa	15
3.3.1	Alueellisia haasteita	17
3.3.2	Alueellinen saattohoitosuunnitelma	19
3.3.3	Saattohoitopotilaan palveluketju Pohjois-Karjalassa	21
4	Hoitaja saattohoitotyössä	23
4.1	Saattohoitotyö	23
4.2	Hoitotyön ammatillinen peruskoulutus ja saattohoito	26
4.3	Saattohoitotyön osaaminen ja osaamisen kehittäminen	27
4.3.1	Psyykkisten oireiden tuntemus ja hoidon osaaminen	29
4.3.2	Kivun- ja lääkehoidon tarpeen arviointi	30
4.4	Työssäjaksaminen	31
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat	34
6	Tutkimuksen toteutus	35
6.1	Toimeksianto	35
6.2	Kvantitatiivinen kyselylomaketutkimus	35
6.3	Tutkimuksen kohdejoukko	36
6.4	Kyselylomakkeen laadinta ja aineiston keruu	37
6.5	Aineiston analysointi	39
7	Tutkimuksen tulokset	40
7.1	Taustatiedot	40
7.2	Työssäjaksaminen	44
7.3	Koulutus ja osaamisen kehittäminen	49
7.4	Johtopäätökset	55
8	Pohdinta	57
8.1	Tulosten pohdintaa	57
8.2	Tutkimuksen eettisyys, validiteetti ja reliabiliteetti	60
8.3	Oppimisprosessi	63
8.4	Hyödynnettävyys ja jatkokehittämisaiheet	64
	Lähteet	66

Liite 1 Toimeksiantosopimus

Liite 2 Kyselylomake

1 Johdanto

Saattohoito eli elämän loppuvaiheen hoito on arvokasta työtä, joka vaatii hoitajalta niin teoreettista kliinisen hoitotieteen näyttöön perustuvaa osaamista kuin myös psyykkisten tarpeiden hahmottamista ja niihin vastaamisen taitoa. Saattohoito on hoitotyön osa-alue, jossa on otettava potilaan lisäksi huomioon myös hoitoon osallistuvat läheiset ja heidän tarpeidensa täyttäminen. Saattohoidon toteutukselle ja osaamiselle on viime syksynä asetettu uudet suositukset (Saarto 2017). Niiden toivotaan antavan ”punainen lanka” saattohoidon yhdenvertaiselle toteuttamiselle sairaanhoitopiireissä.

Lucy Ellen Selman on tehnyt systemaattisen kirjallisuuskatsauksen 10 tietokannasta vuonna 2015 ja huomannut tutkimuksessaan, että kommunikointitaitojen opettelu parantaa palliatiivisen ja saattohoitotyön parissa työskentelevän sairaanhoitajan kykyä osoittaa empatiaa ja keskustella tunteista. Vuorovaikutus ja kommunikaatio ovat olleet palliatiivisen hoitotyön ammattilaisten keskeisimpiä toimintoja hoitotyön toteuttamisessa. Hoitotyön ammattihenkilöiden keskuudessa ammattitaidon puute voi johtaa jopa työssä uupumiseen. (Selman 2017.)

Myös ETENEN eli valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan julkaisussa ”Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa” (ETENE 2004a.) on mainittu saattohoidon osaamisen ja työssäjaksamisen yhteydestä toisiinsa. Palliatiivisen ja saattohoidon koulutuksen ja osaamisen riittävyyttä on taas pohdittu sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuissa saattohoidon suosituksista vuosina 2010 ja 2017.

Sairaanhoitajaopintojemme aikana heräsi kysymys siitä, onko vasta valmistuneella sairaanhoitajalla riittävät taidot toteuttaa hyvää saattohoitoa niin, ettei se kuormita hoitajan henkistä jaksamista ja että se vastaa hyvän saattohoidon toteuttamisen tarpeisiin. Toimeksiannon saimme yksityisestä hoivakodista, jossa oli tehty saattohoidon opas opinnäytetyötoteutuksena. Opas ei tuo tietoa hoitotyön henkilöstön näkökulmasta, mikä herätti myös hoivakodin johtajan mielenkiinnon muutenkin ajankohtaiseen aiheeseen liittyvään työhön.

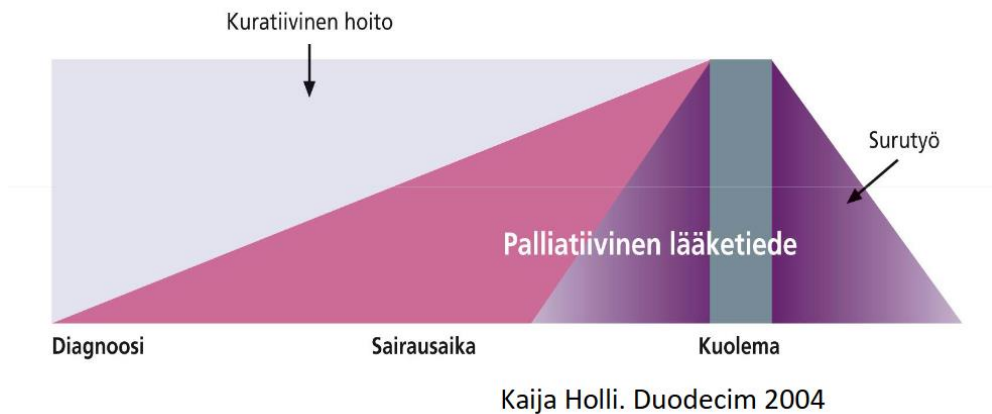
Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli edistää yksityisen hoivakodin työntekijöiden työssäjaksamista kehittämällä saattohoidon osaamista. Tavoitteena oli selvittää, mitä saattohoidon osaamisen kehittämistarpeita työntekijöillä on. Tehtävänä oli kerätä kyselylomakkeella hoivakodin työntekijöiltä mitattavissa olevaa tietoa, mistä saadaan vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

2 Saattohoito

2.1 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös on hoidonlinjaus, joka tulee tehdä ennen saattohoitoon siirtymistä. Saattohoito on elämän loppuvaiheen yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa parantumattomasti sairaille. Saattohoitopäätös tehdään hoitoneuvotteluissa, johon kuuluvat potilas, läheiset, lääkäri ja hoitohenkilökunta. Päätöstä tehdessä kaikkien osapuolten kuuluu tiedostaa, että tilanne kuoleman kohtaamisesta on väistämätön. Hoitoon liittyvät asiat kirjataan tarkasti ylös, ja kaikki asianomaiset pidetään ajan tasalla tilanteesta. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa loppuun saakka. Toimivan hoitosuhteen perustan luovat luottamus ja hyvä vuorovaikutussuhde potilaan ja häntä hoitavien ammattilaisten välillä. (Kan & Pohjola 2012, 258 - 269.)

Hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi tehdään yhdessä potilaan ja perheen kanssa moniammatillisessa yhteistyössä. Saattohoitopäätöksen teon lähtökohdat ovat potilaslähtöisiä huomioiden fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, henkiset ja eksistentiaaliset tarpeet. Saattohoitotyön toteutukseen ja hoidon linjauksiin liittyvien päätösten tulee perustua hoitotieteelliseen näyttöön, ja niitä voidaan soveltaa potilaan lähtökohtia ja tarpeita vastaaviksi. (Anttonen, Grönlund & Erjanti 2014.)



Kuva 1. Saattohoidon aikajana (Pelkonen 2015).

Saattohoito ajoittuu yleensä elämän viimeisiin viikkoihin (Kuva 1.), mitä on edeltänyt palliativinen eli oireita helpottavan hoidon jakso. Palliativista hoitojaksoa edeltää kuratiivinen hoito, joka tarkoittaa sairautta parantavan hoidon etsimistä. Palliativisen hoidonjakson aikana helpotetaan potilaan hankalia oireita, autetaan perhettä optimoimaan elämänlaatua ja valmistautumaan potilaan kuolemaan. Kliininen hoitotyö on potilaalle suunniteltua yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa, johon osallistuu useasti myös potilaan perhe tai läheinen. Potilaan lisäksi myös perhe ja läheiset tarvitsevat tietoa ja tukea omaan luopumisprosessiinsa ja surunsa läpikäymiseen. (Anttonen ym. 2014.)

2.2 DNR-päätös

DNR, eli ”do not resuscitate” on hoitopäätös, joka perustuu potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) annettuun lakiin ja lääkärin tekemään lääketieteelliseen arvioon, jossa pidättäydytään elvytyksestä. Elvytys tarkoittaa sydämen sähköisen rytminsiirron ja paineluelvytyksen tekemistä tilanteissa, joissa henkilö menee elottomaksi. Saattohoitopäätös pitää sisällään päätöksen pidättäytyä elvytyksestä, mutta siitä voidaan tehdä myös erillinen kirjaus potilasasiakirjoihin hoitosuunnitelmaan. Päätöksen kirjaamisesta tulee näkyä päätöksen tekijä(t), päätöksen lääketieteelliset perusteet, potilaan ja/tai läheisen kanssa käyty keskustelu ja heidän kannanottonsa päätökseen. (Valvira 2017.)

Lääkärin päätös ja arvio on potilaan senhetkisestä terveydellisestä tilanteesta, jossa se on niin huono, ettei elvyttämiselle ole inhimillistä perustetta. Lääkäri on arvioinut perussairaudet niin vaikeaksi, että elvyttämisellä potilaan tila ei todennäköisesti palaudu ennalleen. Arviossa on otettava huomioon potilaan perussairauksien ennuste ja tiedot potilaan elimistön jäljellä olevista voimavaroista. Päätöksenteossa arvioidaan myös erityisesti se, onko elvytyksestä potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä. (Valvira 2017.)

DNR-päätöksestä on keskusteltava potilaan ja omaisten kanssa tarvittaessa useita kertoja. Jos potilas ei enää itse kykene keskustelemaan hoitoneuvotteluiden yhteydessä, täytyy huomioida, miten potilas olisi itse tässä tilanteessa halunnut toimia. Päätös voidaan tarvittaessa purkaa, mutta potilas tai läheinen ei voi kumota lääketieteellisin perustein tehtyä DNR-päätöstä. (Valvira 2017.)

2.3 Hoitotahto

”Ihminen saa ilmaista oman tahtonsa omasta hoidostaan, jos hän menettää sairauden, onnettomuuden tai vanhuuden heikkouden vuoksi oikeustoimikelpoisuutensa” (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017a).

Hoitotahto on kirjallinen tahdonilmaus, missä tuodaan julki asiat, millä tavalla halutaan itseään hoidettavan sairauden, vakavan vamman tai kuoleman lähestyessä. Hoitotahto helpottaa hoitohenkilökunnan työskentelyä sekä omaisten ja läheisten toimintaa, koska potilas on ilmaissut tahtonsa hoidon toteutuksesta kirjallisesti etukäteen. Yleensä hoitotahto tehdään lomakkeelle, joka voi sisältää yksityiskohtaisia ohjeita erilaisten tilanteiden varalle. Hoitotahto on kerrottava selkeästi ja ymmärrettävästi niin, että jokainen hoitoon osallistuva voi tulkita sen ymmärrettävästi. Hoitotahdon laatijan on tärkeää ymmärtää tahdon ilmaistessaan ne seikat, jotka koskevat hoitoa ja siitä kieltäytymistä, koska hoitotahdollaan hän vaikuttaa omaan terveydentilaansa sairauden kohdatessa. (Kan & Pohjola 2012, 260.)

Potilaan itsemääräämisoikeus on voimassa elämän loppuun asti. Hoitohenkilökunnan ja läheisten on oltava perillä toiveista, joita hoitotahdon laatija on asettanut ja joita on aina kunnioitettava. Jokaiseen hoitoon liittyvällä toimenpiteellä on oltava potilaan tai hänen läheisensä lupa, ja jos potilas ei enää kykene ottamaan kantaa omaan hoitoonsa, niin tällöin hoitotahtoon kirjatut asiat tulevat esille. Hoitotahto voi pitää myös sisällään toiveita, miten hän haluaa itseään hoidettavan kuoleman kohdatessa ja sen jälkeen. Potilas voi halutessaan kieltää hoitotahdossaan elämän pitkittämiseen liittyvät hoitotoimenpiteet. (Kan & Pohjola 2012, 260.)

2.4 Saattohoidon etiikka

Saattohoidon eettiseen periaatteen perusta on muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettisissä ohjeissa ja suosituksissa ja julistuksissa kuolevan potilaan hoitamisesta. Yksilön itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmisarvon loukkaamattomuus, yhdenvertaisuus, yksityisyyden suoja, oikeus henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen sekä yksilön oikeus elämään ovat kaikki oikeuksia, joita toista hoitaessa tulee pohtia ja kunnioittaa kyseenalaistamatta. Kuoleman todellisuus ja oman kuoleman kohtaaminen nousevat yhä tärkeämmiksi teemoiksi terveydenhuollon eettisessä keskustelussa ja kuolevien potilaiden hoidon kehittämisessä. (ETENE 2004b.)

Eettisesti kuolema ja sen kohtaaminen ovat hyvin herkkiä asioita, ja jokainen kokee ne omalla tavallaan. Ihmisarvoinen kuolema käsittää kokemuksen rauhallisesta ja levollisesta kuolemasta, ilman kovia kipuja tai kärsimystä ja pelkoa. Hyvä hoito on määre, jonka laatua on hankalaa mitata, koska se vaihtelee jokaisen kohdalla kokemusten perusteella. Tärkeintä on ajatella, että kuoleva potilas on tasavertainen toisten kanssa, ja hänellä on samat oikeudet saada hyvää hoitoa voinnistaan tai tilastaan huolimatta. (ETENE 2004b.)

Hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen ovat hyvän hoidon eettinen perusta, jota voidaan peilata saattohoitoon niin, että hyvän tekeminen on kärsimyksen lievittämistä. Jos hoitaja ohittaa kivun ja kärsimyksen kokemuksen osaamattomuuden tai vähäisen kokemuksen takia, potilaan hoito on huonosti toteutettu. Kun

potilaan toiveet otetaan huomioon ja oireita sekä kipua hoidetaan niiden vaatimalla tavalla, voidaan sanoa saattohoidon toteutuvan eettisesti kestävästi. Hoidon toteutuksessa on pyrittävä myös valmistamaan potilas henkisesti lähestyvään kuolemaan niin, että tukea annetaan sekä potilaalle, että läheisille. (ETENE 2004b.)

Nyky-yhteiskunnassa kuolemasta on tullut lääketieteen epäonnistumisen merkki, vaikka sen kuuluisi olla täysin luonnollinen tapahtuma edellytyksenä elämän jatkumiselle. Tavoitteena ei tulisi olla pitkä, vaan hyvä ja itsenäinen elämä, jonka voi saavuttaa hyvän terveydenhuollon sekä yhteiskunnan yhteisillä ponnistuksilla asian eteen. Elämän loppuvaiheessa olisi hyvä kiinnittää huomio elämänlaatuun ja siihen, miten potilas itse kokee oman tilanteensa. Tällöin hoitohenkilökunnan täytyy osata suhtautua potilaan osallisuuteen omasta hoidostaan kunnioittavasti. (ETENE 2004a.)

3 Saattohoidon lainsäädäntö, suositukset ja alueellinen toteutus

3.1 Lainsäädäntö

Kansainväliset ja kansalliset lait, sopimukset ja suositukset ohjaavat ja säätelevät elämän loppuvaiheen hoitoa. Lähtökohtana saattohoidon toteutukselle ovat perusoikeuksien ja itsemääräämisoikeuden sekä yksilön koskemattomuuden ja kunnioituksen täytyminen. Keskeisiä kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia ovat YK:n Kuolevan oikeuksien julistus (1975), Euroopan ihmisoikeussopimus (63/1999) ja Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (2009). Ihmisten tasavertaisuus ja tarvelähtöisyys ovat ohjanneet saattohoidon järjestämistä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017b.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2017b) mukaan WHO:n palliatiivisen hoidon suositukset (2002) tähdentävät kivun ja oireiden mukaista hoitoa. WHO:n suosi-

tuksissa korostetaan elämän ja kuoleman olevan luonnollinen prosessi ja kuoleman lähestyessä on ihmiselle tarjottava psykososiaalista tukea ja oireenmukaista hoitoa, unohtamatta hengellisiin tarpeisiin vastaamista ja läheisille tarjottavaa tukea. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2017b) mukaan Euroopan neuvoston (2003) ja Euroopan parlamentin (2007) antamissa suosituksissa jokaisella jäsenvaltiolla tulee olla kansallinen palliatiivisen hoidon suunnitelma. Suunnitelman mukaan palliatiivinen hoito on järjestettävä perustoimintana syrjimättä ketään osana terveydenhuoltojärjestelmää. Palliatiivisen hoidon järjestäminen tulisi mahdollistaa ensisijaisesti kotona. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b.)

Tärkeimmät kansalliset lait, jotka normittavat toimintaa, ovat

- Suomen perustuslaki (731/1999), perusoikeudet
- laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998)
- laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994)
- kansanterveyslaki (66/1972)
- erikoissairaanhoidonlaki (1062/1989)
- vanhuspalvelulaki (980/2012) (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b.)

Lain mukaan potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998), potilaan läheinen henkilön ei tarvitse olla sukulainen, vaan se voi olla potilaan itse määräämä henkilö. Jos potilas ei itse kykene määrittämään, kuka hänen lähiomaisensa on, lähiomaiseksi katsotaan henkilö, jolla on ollut pysyvä yhteys potilaaseen. Käytännössä lähiomainen joudutaan katsomaan aina tapauskohtaisesti. Saattohoidossa potilaan läheiset kuuluvat kiinteästi potilaan hoitoon. Hoitohenkilökunta ei pyri ottamaan potilasta ”itselleen”. (Anttonen ym. 2014, 21.)

3.2 Suositukset Suomessa

Elämän loppuvaiheen hoidon ohjeistuksen perustana Suomessa pidetään vuonna 1982 lääkintöhallituksen sairaanhoitolaitokselle antamaa suositusta ter-

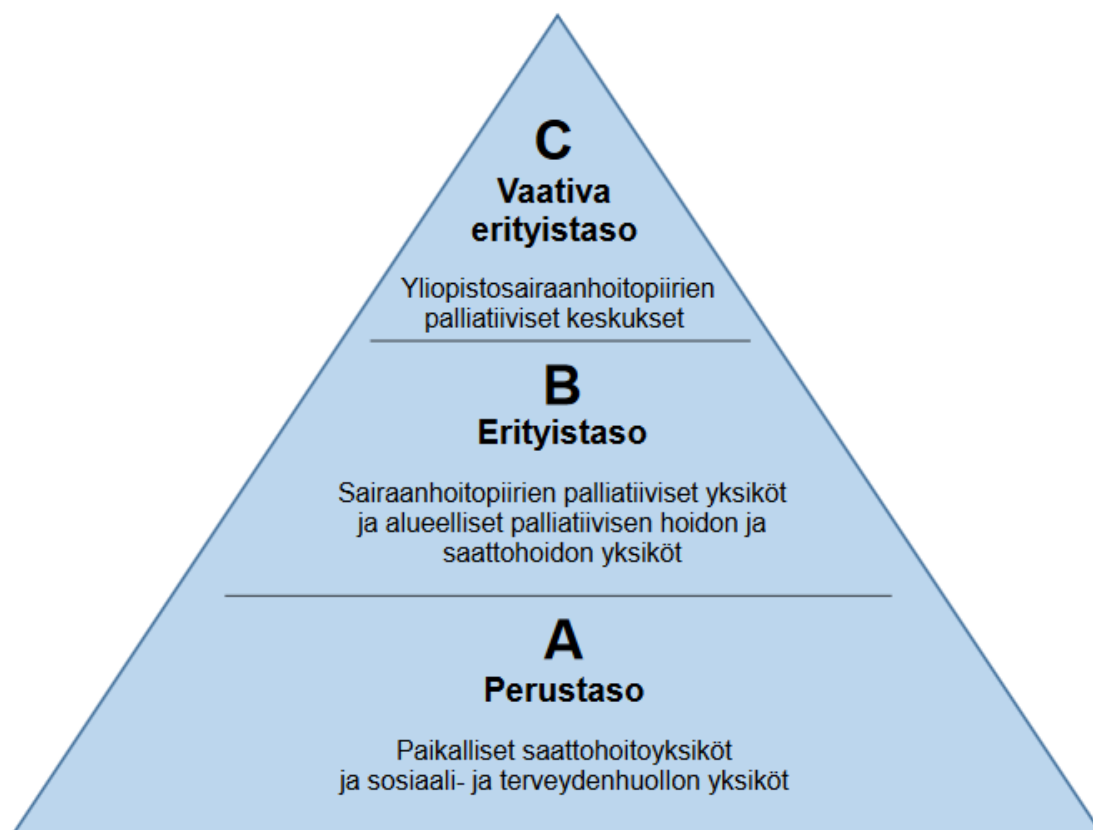
minaalihoidon toteuttamiseksi. Terminaalihoito on vanha käsite nykyisin käytettävälle saattohoitokäsitteelle. Ohjeen pääasiallinen sisältö kertoo, että potilas voi olla elämänsä loppuvaiheessa tahtomassaan ympäristössä läheistensä kanssa ilman kovia kipuja ja häiritseviä oireita. Käypä hoito -suositus ”Kuolevan potilaan oireiden hoito” (2008), ohjaa lääketieteellisesti saattohoitovaiheen kuolevan potilaan hoitoa. ETENE, eli valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta on julkaissut Suositukset terveydenhuollon yhteisestä arvoperustasta (2001), saattohoidosta (2003) ja vanhusten hoidosta (2008). (Pihlainen 2010.)

Vuonna 2010 Suomen sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi Suomessa saattohoidon suositukset, jotka pohjautuvat sairaanhoitopiirien ja isojen kaupunkien saattohoitosuunnitelmien tilanteeseen vuonna 2009. Kyseisten suositusten on ollut tarkoitus edistää saattohoidon toteuttamista yhdenvertaisesti koko Suomen alueella. Saattohoitosuositukset koskevat eri osa-alueita kuolevan ihmisen hoidossa, kuten hoidon suunnittelua ja henkilöstön osaamista. Hallituksen esitys terveydenhuoltolaista ja erityisesti velvoite kivun ja kärsimyksen lievittämisestä tukevat hyvän saattohoidon toteuttamisen kehittämistä. (Pihlainen 2010.)

Valtioneuvoston valmistelemassa asetuksessa erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä on määrätty vastaavat toimijat, jotka yhteistyöllä huolehtivat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yhdenvertaisesta järjestämisestä koko Suomen alueella. Helmikuussa 2016 sosiaali- ja terveysministeriö on antanut professori Tiina Saarron johtamalle asiantuntijaryhmälle tehtäväksi työstää suositukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämiseksi. Tavoitteena on ollut vahvistaa vuonna 2010 laadittujen suositusten toteutumista laatimalla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tahoille osaamis- ja laatukriteerit. Myös ammattihenkilöiden koulutuksen ja osaamisen kehittämiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla on luotu toimenpiteitä. Palvelujärjestelmää varten suosituksissa on kuvattu vähimmäistaso. (Saarto 2017.)

Sosiaali- ja terveysministeriön suositus on jakaa saattohoidon palvelut kolmiportaiseen malliin, perustaso, erityistaso ja vaativa erityistaso (kuvio 1). Kolmiportaisen mallin avulla on helppo suunnitella ja toteuttaa alueellinen palveluketju valtioneuvoston asetuksen (582/2017) mukaisesti, jolloin toimiva työnjako varmistaa

potilaalle sujuvan saattohoitopolun. Sote-järjestelmän rakenteelliset muutokset eivät estä suositusten toteutumisen toimenpiteisiin ryhtymistä. (Saarto 2017.)



Kuvio 1. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (Saarto 2017).

Taso A kuvastaa perustason hoitoa, joka muodostuu kaikista terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköistä, joissa potilaan on mahdollista saada hoitoa kuolemaansa saakka (Kuvio 1). Koti- ja kotisairaanhoidon yksiköt sekä sosiaalihuollon alaiset tehostetun palveluasumisen yksiköt ja vanhainkodit tarjoavat perustason palliativista hoitoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta. Myös sellaiset osastot sairaaloissa, joissa on saattohoidon potilaita vain satunnaisesti hoidossa voivat tarjota perustason saattohoitoa. (Saarto 2017.)

Saattohoitoa on kehitetty perustason yksiköissä muun toiminnan ohessa ja hoitohenkilökunnalla on perustason koulutus, jolloin saattohoito on huomioitu henkilöstön osaamisessa ja mitoituksessa. Toimintaympäristö mahdollistaa saattohoitopaikat. Lääkäri osallistuu päivittäin yksikön toimintaan, ja yksiköllä on saumaton

yhteistyöverkosto ja mahdollisuus saada konsultaatiotukea mihin kellonaikaan tahansa vaativan erityistason hoitoyksiköistä. Perustason palvelut ovat kotihoidon tukena. (Saarto 2017.)

Erytistason hoidon (kuvio 1) yksiköissä on erikoistuttu palliatiiviseen hoidon ja saattohoitoon (saattohoitopaikat, -kodit ja -osastot sekä kotisairaala). Yksiköissä on oltava myös palliatiivisen hoidon poliklinikka ja konsultaatiotiimit vastaamaan erityistason hoitoa. Tällaisen yksikön henkilöstö omaa erityisosaamista ja hoitoympäristö on suunniteltu erityisesti palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa ajatellen. B-tason erikoissairaanhoitoa tarvitaan jokaisessa sairaanhoitopiirissä. On suositeltavaa, että erityistason alueellisen yksikön väestömäärä on vähintään 50 000 asukasta, että hoidon laatu ja osaaminen voidaan taata. Huomioiden alueiden väestömäärän alueilla on oltava kattava kotisairaalaverkosto ja saattohoitoon tarkoitettuja vuodepaikkoja kotisairaalan tukena. Erytistason yksiköt kehittävät alueensa palliatiivisen ja saattohoidon osaamista ja palveluympäristöä ja osallistuvat eri ammattiryhmien palliatiivisen hoidon koulutukseen. B-tason alueen yksiköt takaavat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon saumattoman palveluketjun ja konsultaatioavun perustason yksiköille. (Saarto 2017.)

Vaativa erityistaso C vastaa hoitoa, joka muodostuu yliopistosairaanhoitopiirien palliatiivisista keskuksista. Näiden keskuksien on tarkoitus palvella koko erva-alue¹. Yksiköiden ammattihenkilöillä on vaativaa erityisosaamista ja palveluihin kuuluvat palliatiivinen poliklinikka, psykososiaalinen yksikkö ja ympärivuorokautinen moniammatillinen konsultaatiotuki erva-alueelle. Vaativan erityistason hoidossa tarvitaan palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistunut vuodeosasto, missä voidaan tehdä palliatiivisia interventioita ja hoitojaksoja. (Saarto 2017.)

Yliopistosairaalapiirien alueilla toimii väestöpohjaan suhteutettu määrä perus- ja erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköitä turvaamaan potilaiden palvelujärjestelmää. Jokaisella tasolla on oltava riittävästi tarjolla psykososiaa-

¹ Erytivistavuualue, eli erva-alue kattaa yli sairaanhoitopiirien järjestettävää erikoissairaanhoidon palvelua, joka määräytyy eri yliopistosairaaloiden erityistavuualueiden niin sanotun miljoonapiirin pohjalta. Pohjois-Karjala kuuluu Kuopion yliopistollisen sairaalan ervaan. (Sosiaali ja terveysministeriö 2018.)

lista tukea niin potilaalle kuin läheiselle. Eksistentiaalisen tuen, kuten muun muassa sairaalasielunhoidollisen palvelun, tarjoaminen alueilla on mahdollistettava myös kotiin tuotuna palveluna. (Saarto 2017.)

3.3 Kehitystyö Pohjois-Karjalassa

Palliativista hoitoa on kehitetty Pohjois-Karjalan maakunnassa rakennerahastohankkeiden avulla useampina vuosina vuodesta 2005 lähtien, jolloin käsite palliativisesta hoidosta oli vieras niin kansalaisille kuin hoitohenkilökunnalle. Palliativinen hoito on käsitteenä kansainvälisesti tunnettu, ja se sisältää laaja-alaisesti hoidon eri osa-alueita, joissa ihmistä hoidetaan kokonaisvaltaisesti. Suomen kielelle selkeytettiin palliativisen hoidon käsitteelle vastine palliativisen hoidon kehittämishankkeen yhteydessä vuosien 2005 - 2008 välisenä aikana. (Myller 2015, 9.)

Palliativisen hoidon hankkeen aikana käsitteet saattohoitopäätös, hoidon linjaukset, hoitotahto ja DNR-päätös selkiytettiin ja saattohoitotyötä tekevien hoitajien osaamista vahvistettiin koulutuksen ja verkostoyhteistyön avulla korostaen hoitotyön asiantuntijuutta palliativisessa hoidossa. Vastuukysymyksiä avattiin ja potilaan, läheisen sekä hoitohenkilöstön välinen yhteistyö korostui, ja kirjaamiseen liittyvät puutteet muun muassa DNR- ja saattohoitopäätökseen liittyen alkoivat korjaantua. Hankkeen aikana luotiin saattohoitomalli perustuen potilaan ja läheisen tuen tarpeisiin kehittämällä saattohoitokäytänteitä. (Myller 2015,10.)

Kehittämistyön aikainen Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu mahdollisti sairaanhoitajaopiskelijoille 30 opintopisteen palliativisen hoitotyön erikoistumisopinnot ja lähihoitajille 10 opintopisteen palliativisen hoitotyön oppisopimuskoulutuksen. Opiskelijat, jotka opiskelivat kehittämistyön aikana kyseisissä opintokokonaisuuksissa, ovat olleet myöhemmin mukana kehittämässä palliativista hoitoa omalla panoksellaan jalkauttaen palliativisen hoidon osaamista. (Myller 2015, 11.)

Saattohoito on ollut yhtenä kehittämisalueena myös Kotihoito24-hankkeessa, joka on toteutunut vuosina 2008 - 2011 moniammatillisena verkostoyhteistyönä yli maakuntarajojen (Myller 2015, 11). Saattohoidon osalta keskeisenä tavoitteena oli jatkaa palliatiivisessa hankkeessa luotujen käytänteiden tuominen osaksi arjen toimintoja ja varmistaa hyvä ympärivuorokautinen hoito sitä tarvitseville potilaille. Hankkeen aikana oli parannettu yhteistyötä ja konsultaatiokäytänteitä sekä selkeytetty tukiosastotoimintaa.

Asiantuntijayhteistyöryhmä Pohjois-Karjalassa käynnisti vuonna 2013 ”Palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä”-hankkeen, eli Paletti-hankkeen jatkumona palliatiivisen hoidon kehittämistyölle. Paletti-hanketta edeltäneet kehityshankkeet ovat rakentaneet pitkäjänteisesti ja suunnitelmallisesti pohjaa palliatiivisen hoidon kehittämiseksi luoden vahvan pohjan palliatiiviselle hoitotyön toteutukselle. Väestön elinajan pidentyminen, ikääntyvien hoivapaikkojen tarpeen lisääntyminen ja terveydenhuollon kustannusten kasvu ovat tuoneet haasteita laadukkaan saattohoidon kehittämiseksi. Paletti-hankkeen perustana ovat koko maakunnan tarpeet palliatiivisen hoidon kokonaistilanteen ja osaamisen edistämiset. Hanke sai valtakunnallisesti huomiota ajankohtaisen ja tärkeän kehittämistyön vuoksi ja mahdollisti muun muassa saattohoitoportaalin rakentumisen, yhtenäisen saattohoitosuunnitelman laatimisen ja palliatiivisen hoidon peruskoulutustarjonnan laajentumisen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiriin. (Myller 2015, 11; Peake & Surakka 2015a.)

Paletti – hanke; toimenpiteet



Kuvio 2.
100613 H.Myller

Kuvio 2. Paletti-hankkeen tavoitteet (Paletti 2015).

Paletti-hankkeen tulostavoitteiden mukaan oli tarkoitus saada yhtenäiset käytännöt sairaanhoitopiirin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamiseen asiantuntijaverkostomallin mukaan, jossa moniammatillinen ryhmätyö, sekä terveysalan ammattilaisten välinen yhteistyö onnistuisivat saumattomasti (kuvio 2). Hankkeen yksi tavoite oli myös edistää saattohoidon osaamista, jonka ansiosta on Karelia-ammattikorkeakoulussa järjestetty yhteinen perusopintojakso palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon sekä mahdollistettu valinnaisena toteutuksena palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen vahvistamisen täydennyskoulutusmalli. (Paletti 2015.)

3.3.1 Alueellisia haasteita

Vuonna 2013 käynnistyneen Paletti-hankkeen yhteydessä tehdyn saattohoidon suunnitelman (Peake & Surakka 2015a) taustaselvityksissä on ilmennyt saattohoitotyötä tekevien hoitajien kokema koulutuksen puute ja huoli saattohoitoa saa-

vien potilaiden eriarvoisesta asemasta riippuen asuinpaikkakunnastaan. Taustaselvitykset oli tehty vuodeosastoille ja kotisairaanhoidon osoitetuilla kyselylomakkeilla, joiden lisäksi kyselyyn vastasi myös kolme yksityistä hoitokotia.

Saattohoito on oikein toteutettuna kustannustehokasta ja saattaa parhaimmillaan tuottaa terveydenhuollolle säästöjä ohjaamalla potilaat oikeaan hoitopaikkaan oikea-aikaisesti. Hoitoa voidaan kehittää huolehtimalla koulutuksesta ja toiminnan uudelleen organisoinnista. Pitkät välimatkat, resurssien puute ja heikko saattohoidon osaaminen ovat esteitä kotisaattohoidon toteutumiselle, ja kyselyjen mukaan sekä potilaat, omaiset että osa hoitohenkilöstöstä voivat pitää kotikuolemaa pelottavana tai ahdistavana asiana. Monella on käsitys siitä, että kuolema ja elämän loppuvaiheen hoito on hyvin pitkälle laitostettu, jolloin sitä ei enää koeta luonnollisena tapahtumana osana elämän kiertokulkua. (Peake & Surakka 2015a.)

Yhteenvedosta voidaan todeta, että kyselyn tuloksista ilmeni selkeää halu kehittää palliatiivista hoitoa ja saattohoitotyötä. Ongelmaksi ovat nousseet resurssien ja tason alueelliset vaihtelut, sekä yhtenäisten saattohoito-ohjeiden puute. Kyselyyn vastanneiden taustalla on painanut myös huoli kuntien vaikeasta taloudellisesta tilanteesta ja sen aiheuttamista säästöpainaista, jotka eivät saa heikentää elämänsä loppuvaiheessa olevien ihmisten hoidon tasoa. Kuntakyselyistä on selvinnyt myös, ettei saattohoitopäätöstä tehdä aina riittävän ajoissa. (Peake & Surakka 2015a.)

Kyselyiden perusteella erityisesti palliatiivisen hoidon kokonaisuudesta, saattohoidosta ja kivunhoidosta toivottiin laadukasta lisäkoulutusta, joka olisi helposti saatavilla ja edullista. Hoitohenkilöstö on kokenut myös tarvetta lisäosaamiselle kuolemasta keskustelemisen ja kärsimyksen lievittämisen keinoihin ja yleisesti tukea kuolemaan suhtautumiseen. Myös lääkäreillä tulisi olla mahdollisuus osallistua kyseisiin lisäkoulutuksiin. (Peake & Surakka 2015a.)

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella on noin 170 tuhatta asukasta ja noin 30 tuhatta hoitojaksoa hoidetaan vuosittain Pohjois-Karjalan keskussairaalassa.

Vuonna 2012 kuoli keskimäärin potilas päivässä, jolloin Pohjois-Karjalan keskussairaalassa noin 1,3 % hoitojaksoista päättyi kuolemaan. Saattohoitoa laitossuhteissa tai saattohoitoon erikoistuneissa hoitokodeissa tarvitsevia potilaita arvioidaan olevan Pohjois-Karjalassa noin 500 vuodessa. (Mustonen 2015.)

Haasteet ovat tiedossa tulevaisuuden suhteen, haasteista keskeisimpiä ovat lääketieteen kehittyminen, väestön keski-ikänsä lisääntyminen ja vakavasti sairaiden potilaiden määrän suurentuminen. Väestörakenteen muutoksen takia yli 65-vuotiaiden määrän odotetaan nousevan Pohjois-Karjalassa 45 %. (Mustonen 2015.) Kohdentamalla sairaiden ihmisten tutkimus ja hoitoresursseja oikein ja ennakoimalla tulevaisuuden tuomia haasteita voidaan asioita hoitaa alueellisesti tehokkaasti laatua unohtamatta.

3.3.2 Alueellinen saattohoitosuunnitelma

Yhtenä Paletti-hankkeen tavoitteena on ollut kehittää Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirille alueellinen saattohoitosuunnitelma, jonka tavoitteena on muun muassa

- kasvattaa saattohoidon arvoa ja merkitystä potilaan palliatiivisessa hoidossa
- selkiyttää alueellista saattohoitopolkua
- kerätä tietoa alueellisesta saattohoidon panostuksesta (henkilöstö- ja tilarakenne) ja koulutuksesta
- edistää moniammatillista yhteistyötä ja ammattilaisten verkostoitumista saattohoitopotilaiden hoitamisessa
- mahdollistaa omaisten osallistumisen saattohoitoon entistä paremmin (Peake & Surakka 2015a).

Ennen saattohoitoon siirtymistä tulee käydä saattohoitokeskustelu ja tehdä siitä kirjallinen päätös potilastietokantaan. Potilaan hoitava lääkäri, joka on vastuussa kyseisellä hetkellä potilaan hoitamisesta, vastaa saattohoitopäätöksestä. Saattohoitopäätös pitää sisällään DNR-päätöksen tai AND-päätöksen, eli ”allow natural death” -päätökseen. Saattohoitokeskustelun keskeinen tavoite on selvittää

keinot potilaan kärsimyksen lievittämiseksi sekä toiveet elämän loppuvaiheessa. (Peake & Surakka 2015a.)

Elämän loppuvaiheen hoitoa suunniteltaessa ja saattohoitokeskustelun aikana on potilasta hyvä kannustaa tekemään omat toiveet hoitonsa toteuttamisesta kirjallisesti ja varmistaa, että potilaan tahto hoidosta on kirjallisesti nähtävillä kaikille hänen hoitoonsa osallistuville osapuolille. Keskustelua potilaan, läheisten ja hoitohenkilöstön välillä tulee tapahtua hoidon edetessä niin, että potilaan toiveisiin pystytään reagoimaan. (Peake & Surakka 2015a.)

Potilaan hoito perustuu aina hoitosuunnitelmaan, jollainen myös saattohoidon suunnitelma on. Saattohoidon suunnitelmasta tulee käydä ilmi, kuinka voidaan ennakoida oireita, joita potilaalle voi mahdollisesti tulla sairauden edetessä perustuen potilaan omaan arvioon kokemistaan oireista ja niiden haitoista (kuvio 3). Vaikeissa tilanteissa voidaan tarttua konsultaatioapuun palliatiivisen erityisosaamisen tarpeeseen ja saattohoitosuunnitelmasta on löydyttävä tieto, jos potilas vielä hyötyy erikoissairaanhoidon konsultaatiosta ja siirrosta erikoissairaanhoidon piiriin. (Peake & Surakka 2015a.)

Saattohoitosuunnitelmasta tulee löytyä seuraavat tiedot
<ul style="list-style-type: none"> • sairaus, joka on edennyt saattohoitovaiheeseen <ul style="list-style-type: none"> ○ diagnoosi ja eteneminen • oireet jotka ovat suunnitelman tekohetkellä <ul style="list-style-type: none"> ○ arvio oireiden etenemisestä ja lisääntymisestä • lääkkeet, jotka ovat käytettävissä <ul style="list-style-type: none"> ○ niiden aiheuttamat oleelliset sivuvaikutukset ja niiden hoito • tarvittaessa annettavat lääkkeet <ul style="list-style-type: none"> ○ KIVUNHOITO • hoitava lääkäri <ul style="list-style-type: none"> ○ yhteystiedot, myös tieto kehen ottaa yhteyttä virka-ajan ulkopuolella • hoitava kotisairaanhoido tai kotihoidon yksikkö <ul style="list-style-type: none"> ○ nimi ja puhelinnumero • lupapaikkaosasto <ul style="list-style-type: none"> ○ nimi, osoite ja puhelinnumero • mahdolliset tutkimukset, joista potilas vielä voisi hyötyä <ul style="list-style-type: none"> ○ myös konsultaatioavun tarve, jos siitä on vielä hyötyä • tutkimukset ja toimenpiteet, joista EI ole enää hyötyä potilaalle

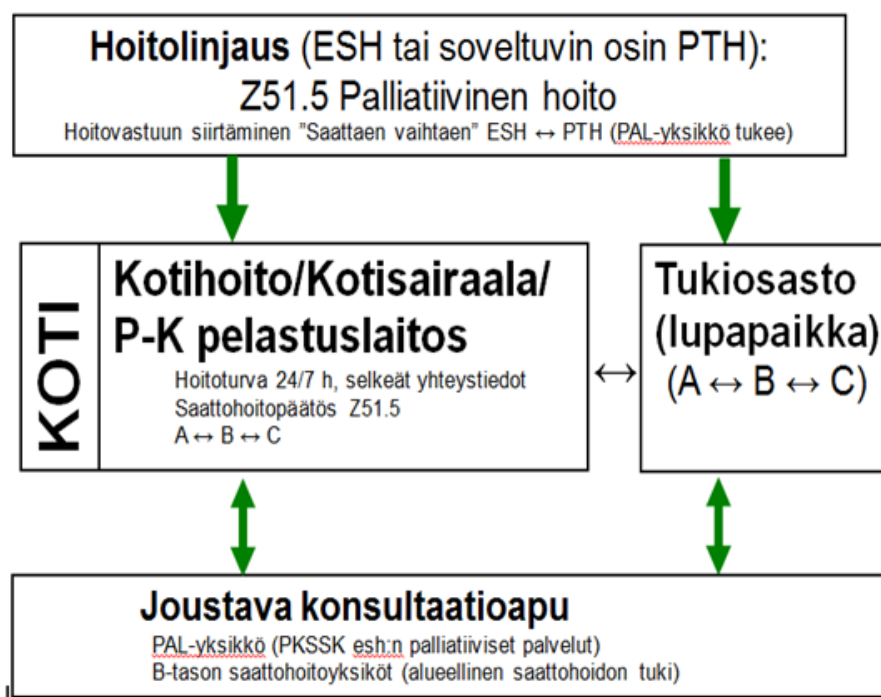
Kuvio 3. Saattohoitosuunnitelman tiedot. (Peake & Surakka 2015b.)

Hoidon toteuttamisen resurssit, kuten lisähappi, nestehoito, kivunlievitysmenetelmät ja haavanhoito, tulee ottaa suunnittelussa huomioon, koska saattohoito tapahtuu yksinkertaisin toimenpitein, muun muassa terveyskeskuksissa ja/ tai kotona. Kotisaattohoitoon siirryttäessä saattohoidon suunnitelmassa on otettava kantaa myös siihen, että potilaalta löytyy kotoa tarvitsemansa tarvikkeet, välineet ja lääkkeet. Saattohoidon toteutuksessa on myös huomioitava lääkkeettömät hoitomuodot ja hyödynnettävä esimerkiksi fysioterapian hoitokeinoja kivunlievitykseen. (Peake & Surakka 2015a.)

Ensihoidon mahdollisuudet tehdä sairaanhoidon toimenpiteitä saattohoidossa on mahdollista, kun kotisaattopotilaan hoitoprotokolla täyttyy ja ensihoidon yhdistäminen kotona toteutettuun saattohoitoon on kirjattu saattohoitosuunnitelmaan. Saattohoitosuunnitelmaa täytyy arvioida ja päivittää tilanteen niin vaatiessa, ja alueelliset saattohoitosuunnitelman kirjaamiskäytännöt täytyy yhtenäistää selkeiksi käytännöiksi. (Peake & Surakka 2015a.)

3.3.3 Saattohoitopotilaan palveluketju Pohjois-Karjalassa

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri on tehnyt Suomen sosiaali- ja terveysministeriön asettaman saattohoidon suositusten mukaisen suunnitelman Pohjois-Karjalan alueella toteutettavalle saattohoidolle tavoitteenaan erityistaso C. Suositukset asettavat tavoitteeksi kuvata saattohoitopolkuja ja toiminnan toteutusta annettujen kuvausten mukaisesti. Palveluketju sisältää terveydenhuollon ja muiden toimialojen antamia palveluita mahdollistaen moniammatillisen ryhmätyön toteutuksen ja selkeyttäen terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä 2015.)



Kuvio 4. Saattohoitopotilaan palveluketju Pohjois-Karjalassa (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä 2015).

Palveluketjun lähtökohtana on palliatiivisen hoidon linjaus, jolle on asetettu oma diagnoosikoodi Z51.5 Palliatiivinen hoito. Hoidon linjaus on toimintamalli ja se voidaan tehdä erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa perustuen potilaan hoidon kokonaisvastuuseen. Kuten "kuviosta 4" voidaan nähdä, potilaan hoidon kokonaisvastuu siirtyy yleensä perusterveydenhuoltoon "saattaen vaihtaan" periaatetta käyttäen, mikä tarkoittaa sitä, ettei informaatio potilaalle hoidon vastuussa olevasta tahosta katkea vastuun siirtyessä. Näin tiivis yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken korostuu hoidon järjestämisessä. Lasten saattohoito kuuluu kokonaan erikoissairaanhoidon vastuulle. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä 2015.)

Kun hoitovastuu on perusterveydenhuollossa, sen voi siirtää takaisin erikoissairaanhoitoon silloin, kun potilaan oireet tai muu tilanne sitä vaatii. Palliatiivinen yksikkö Pohjois-Karjalan keskussairaalassa antaa tukea perusterveydenhuollon yksikköön tarvittaessa. Saattohoitopäätös tehdään potilaan sairauden edetessä ja voinnin huonontuessa (diagnoosikoodi Z51.5 Saattohoito) yhteisymmärryksessä potilaan ja potilaan salliessa, läheisen kanssa. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä 2015.)

Saattohoidon toteutus voidaan tehdä muun muassa potilaan kotona, tehostetun palveluasumisen yksiköissä, hoitokodeissa sekä terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Toteutuksen suunnittelussa pyritään ottamaan huomioon potilaan ja läheisen toiveet sekä tarpeet. Palveluketjun sujuvuuden takaamiseksi Pohjois-Karjalan alueella on helpotettu konsultaatioapua eri hoitoa toteuttavien yksiköiden välillä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä 2015.)

Kotona toteutetun saattohoidon edellytyksenä on, että ainakin yksi omainen sitoutuu saattohoidettavan hoidon toteuttamiseen. Kotisairaanhoito, kotihoito, kotisairaala ja hoitosuunnitelman mukaan sovittu ensihoidon yksikkö ovat kotona toteutettavan saattohoidon tukena. Lisäksi saattohoidettavalla on oltava lupapaikka oman terveyskeskuksen vuodeosastolla, minne esimerkiksi voinnin romahtaessa potilas voi siirtyä mihin vuorokauden aikaan tahansa ilman yhteispäivystystä tai lääkärin vastaanotolla käymistä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä 2017.)

4 Hoitaja saattohoitotyössä

4.1 Saattohoitotyö

Saattohoitotyö pitää sisällään sellaisen ihmisen hoitoa, jolla on todettu vaikea, etenevä sairaus, johon ei ole parannuskeinoja. Saattohoidettavan potilaan kanssa työskentelevän päämääränä on mahdollisimman kivuton loppuelämän hoito. Ensisijaisesti hoidetaan oireita, joita pyritään lievittämään ja valmistellaan potilas henkisesti väistämättä edessä olevaan kuolemaan sekä taataan hyvä elämänlaatu kokonaisvaltaisesti elämän loppuun saakka. (Anttonen ym. 2011.)

Toteuttaessaan saattohoitoa täytyy hoitajalla olla kykyä arvioida potilaan hoidon tarpeita ja taitoa hoitaa potilasta hoitotieteen näyttöön perustuvien periaatteiden mukaan. Hoitaja tarvitsee vankkaa ammattitaitoa ja kykyä soveltaa sitä potilas-kohtaisiin tilanteisiin ja tarpeisiin. Erityispiirre saattohoitotyössä on lähestyvä kuolema, kuoleman merkkien tunnistaminen ja kuoleman hetkeen valmistautuminen.

Hoitajan on osattava antaa potilaalle ja hänen läheiselleen myös psykososiaalista tukea ja vastattava henkisen tuen tarpeeseen, niinpä kokonaisvaltainen kärsimyksen lievittäminen vaatii eri alojen asiantuntemusta. Saattohoitotyössä potilaan hoitaminen ja läheisten tukeminen ovat pääosaltaan hoitotyötä. Kaikissa tilanteissa päätökset tulevat perustua hoitotieteelliseen näyttöön, joiden perusteella hoitajan on mahdollista perustella hoitotyön toimintoja tarpeen niin vaatiessa. (Anttonen ym. 2014, 21-22.)

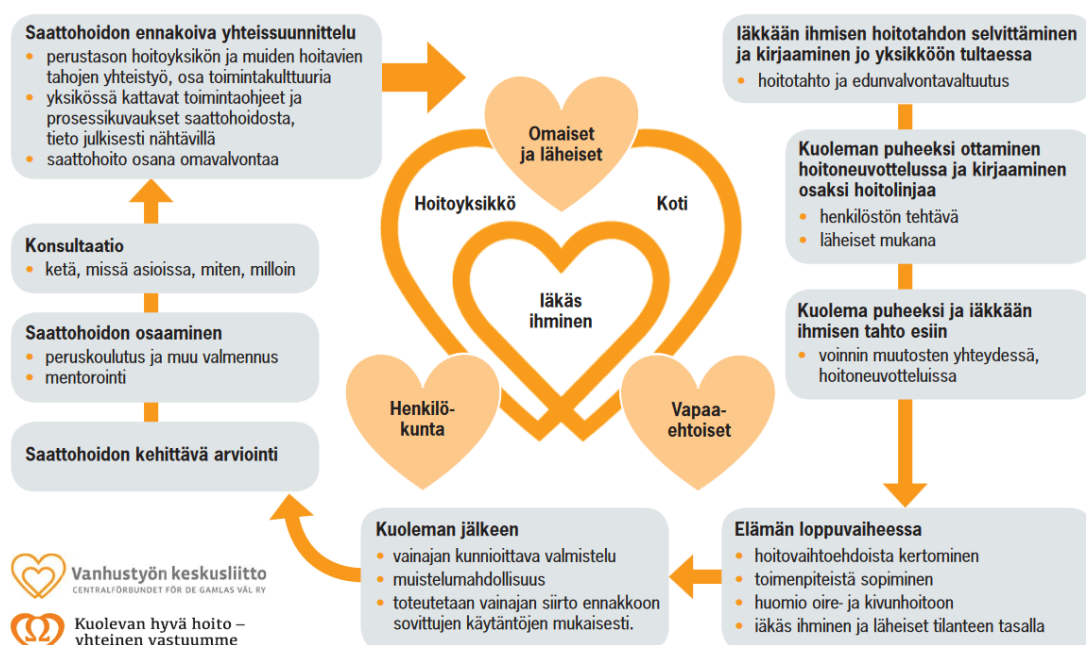
Saattohoitotyön kliininen toteutus potilaan kohdalla on kärsimyksen ja oireiden lievittämistä, ja pääasiallisesti hoitohenkilöstö huolehtii potilaan perustarpeista, ihmisarvon kunnioitusta unohtamatta. Eettisesti ajateltuna itsemääräämisoikeus säilyy koko elämän ajan ja hoitotyössä tulee kunnioittaa ihmisarvoa ja koskemattomuutta (Kan & Pohjola 2012, 268). Potilaan kohtaamien yksilönä ja mahdollisimman hyvän ja rauhallisen loppuelämän turvaaminen ovat saattohoitotyön tärkeitä tavoitteita. Potilas on tarkoitus pitää mahdollisimman kivuttomana ja turhia toimenpiteitä on vältettävä. Potilaan kokema kärsimys vaikuttaa suurelta osin hänen elämänlaatuunsa negatiivisesti. (Kan & Pohjola 2012, 262 - 269)

Läheisten osallistuminen omaisen hoitoon on mahdollistettava niiltä osin, kuin he haluavat osallistua. Yhteistyö läheisten ja hoitajien välillä auttaa löytämään parhaat mahdolliset keinot hoitaa potilasta. Hoitohenkilöstön tulisi tiedottaa läheisiä vointiin ja hoitoon liittyvissä asioissa, niin että, se on ymmärrettävää. Potilaan läheisiä on hyvä rohkaista ilmaisemaan hoitajalle tunteensa ja epävarmuutensa tutun ja rakkaan ihmisen poismenon lähestyessä, koska hoitajan antama emotionaalinen tuki voi helpottaa osittain meneillään olevaa ja tulevaa surutyötä. (Kan & Pohjola 2012, 268). Hoitotyön näkökulmasta saattohoitotyöstä erityisen tekee perheen tukeminen myös kuoleman jälkeen (Anttonen ym. 2014).

Pahimmillaan saattohoitotyöntekijä voi omalla käytöksellään huonontaa hoidon laatua, tämä voi ilmetä vallankäyttönä potilasta kohtaan. Potilaan kipuja voidaan aliarvioida tai mitätöidä ja kipua ei hoideta tarpeen mukaan. Hoitaja voi käytöksellään loukata potilasta tai jopa jättää hoitamatta. Ihmisarvon kunnioitus unohtuu, potilasta esineellistetään tai tuomitaan, välinpitämätön käytös näkyy työssä niin, ettei potilasta kuunnella ja hoitotilanteet ovat rutiininomaisia. Hoitotyöntekijä voi vaatia potilaalta asioita, joihin potilaan voimavarat eivät enää kerta kaikkiaan

riitä. Hoitotoimenpiteissä intimiteetin suojaus saattaa unohtua, tämä voi tuntua potilaasta, ettei ihmisarvoa enää kunnioiteta. Potilaan elämänlaatuun vaikuttaa hoitajan käytös ja hoitotoimenpiteet tulisi suorittaa niin että, potilaalle puhutaan ja selitetään kaikki toimenpiteet, vaikka hän ei olisi aivan tässä maailmassa. (Kan & Pohjola 2012, 269)

Hyvän saattohoidon muistilista



Kuva 2. Hyvän saattohoidon muistilista (Vanhustyön keskusliitto 2015).

Vanhustyön keskusliitto on vuonna 2015 ollut osana työryhmää, joka on yhdessä kuolevan hyvä hoito -saattohoitohankkeen (2015 - 2017) kanssa työstänyt oman näkemyksensä hyvän saattohoidon toteuttamisesta. Kannanotosta ilmenee muun muassa, että saattohoidon kehityksen suuntaa laitostumisesta tulee muuttaa niin, että iäkkään on mahdollista saada hyvää saattohoitoa myös perustason hoitoyksiköissä ja kotona. Hyvä saattohoidon toteutus edellyttää perusteellisen ja ennakoivan saattohoitosuunnitelman tekemistä niin, että kuormittavia siirtoja sairaaloihin tai terveyskeskuksiin ei tarvitsisi tehdä. (Vanhustyön keskusliitto 2015.)

Saattohoidon kehittämisen hankkeen yksi neljästä päätavoitteesta on ollut myös edistää henkilöstön koulutusta (kuva 2), tukea ja ohjausta saattohoidettavan potilaan kohtaamisessa ja hoitoa toteuttaessa. Sairaanhoitajan ja lääkärin tulisi

osata tunnistaa lähestyvän kuoleman merkit, joista pitäisi olla herkkyyttä ja taitoa kertoa potilaalle ja läheisille. Lääkehoidon osaaminen on tärkeää, että kivun hoitaminen onnistuu ensisijaisesti. Peruskoulutuksen tulisi myös antaa valmiuksia hoitaa muita oireita ja arvioida hoidon vastetta. Kannanotto korostaa myös, kuinka suuri merkitys työnohjauksella on henkilöstön voimavarojen ja osaamisen kehittämiseen ja vahvistamiseen. (Vanhustyön keskusliitto 2015.)

4.2 Hoitotyön ammatillinen peruskoulutus ja saattohoito

Sairaanhoitajien opetussuunnitelman tavoitteisiin kuuluvat hoitotieteeseen perustuva osaaminen sekä vahva eettinen ja ammatillinen päätöksentekotaito (Opetusministeriö 2006.) Sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset taidot, laaja-alainen monitieteinen tietoperusta ja käytännön osaaminen ovat potilasturvallisuuden ja terveydenhuollon korkean laadun takaamiseksi määritelty sisällymään valtakunnallisesti terveysalan koulutukseen. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja lain nojalla tehty asetus (564/1994) varmistaa, että ammatinharjoittajalla on tehtävänsä edellyttävä koulutus ja osaaminen.

Tiina Saarto mainitsee sosiaali- ja terveysministeriön raportissa (2017) osaamis- ja laatukriteereistä, etteivät palliatiivinen hoito ja saattohoito sisälly opetukseen siinä määrin, kuin tarvetta olisi sosiaali- ja terveydenhuollon toimihenkilöiden perusopetuksen tai jatkokoulutuksen opetussuunnitelmissa tällä hetkellä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisujen (Pihlainen 2010) mukaan osaamisen puutteisiin on viitattu jo aiemmissa suomalaisissa tutkimuksissa (mm. Mölsä 1992, Jaroma 2000, Räisänen 2002 ja Huhtinen 2005). Lähihoitajan ammattitutkinnon valmistuneille on määritelty palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kriteerit, mutta sairaanhoitajien peruskoulutuksen opetuksessa on valtavasti vaihtelua eri ammattikorkeakoulujen välillä. Lisäkoulutusta on tarjolla vain satunnaisesti, eivätkä ne anna pätevyyttä palliatiivisen- tai saattohoidon erikoisammattitaidon tulkintaan. (Pihlainen 2010; Saarto 2017.)

4.3 Saattohoitotyön osaaminen ja osaamisen kehittäminen

Saattohoitotyötä tekevän on tunnettava laaja teoriapohja etenevistä sairauksista ja tunnistettava saattohoidettavan potilaan oireet. Kivun lievitys ja lääkehoidon yleistuntemus ovat tärkeitä osa-alueita oireita hoidettaessa. Potilaan eksistentiaaliseen ja psykososiaaliseen tukemiseen tarvitaan vuorovaikutus- ja kommunikatiivisia taitoja, jotka auttavat masennuksen, ahdistuneisuuden, ruokahaluttomuuden, unettomuuden, väsymyksen hoitamisessa. Kokemus auttaa havainnoimaan potilasta kokonaisvaltaisesti, ja se korostuu saattohoidettavaa potilasta hoidettaessa. (Anttonen, Lehtomäki & Murtonen 2011.)

Hoitajan täytyy ymmärtää potilaan asema ja oikeudet, jotka ovat säädetty laissa. Saattohoitopäätöksen tekee aina lääkäri painavista syistä hoitoneuvotteluissa potilaan ja läheisten kanssa, missä hoitajalla on merkittävä rooli potilaan oikeuksien ajamisessa. Hoitajalla on oltava valmiudet keskusteluun tarvittaessa useita kertoja hoitosuhteen aikana, etenkin muistisairaiden potilaiden kanssa. Omaiset tarvitsevat myös oman tukensa. Hoitajan on opittava työskentelemään eettisten periaatteiden mukaisesti ja sisäsyntyinen empatiakyky on työssä olennainen asia. Työssä on myös annettava aikaa kuuntelulle, miten potilas toivoo häntä hoidettavan. (Anttonen ym. 2011.)

Osaamiseen kuuluu myös kulttuuristen tarpeiden tunnistaminen, ymmärtäminen ja huomiointi. Saattohoitotyön toteuttaminen vaatii havainnointiherkkyyttä potilaan, läheisten ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa. Ammattihenkilön tulee auttaa perhettä löytämään oma tapansa hoitoon osallistumisesta, mikä on perhekohtaista. Potilaan ja hänen läheisensä valintoja tulee kunnioittaa ja hoitaja kulkee kuolevan kanssa auttaen häntä niillä tavoin, jotka sopivat parhaiten hänelle. (Anttonen ym. 2014, 21 - 22)

Osaamisen ulottuvuus on määritelty myös Euroopassa eri tasoihin, A, B ja C. Näistä A-tason osaamisen hallitsee perusopetuksen opetussuunnitelman mukaan valmistunut terveysalan ammattihenkilö, joka työskentelee perustason hoitoyksiköissä, jotka ajoittain ovat osana palliatiivisen ja saattohoidon toteutusta. B-tason osaamisen perusteena on peruskoulutuksen jatkokoulutuksen omaava

terveysalan ammattihenkilö, joka työskentelee erikoissairaanhoidon yksiköissä osana palliatiivisen- ja saattohoidon toteutusta. Vaativan tason omaava terveysalan ammattihenkilö työskentelee palliatiivisen ja saattohoidon erikoistuneissa yksiköissä ja on mukana kehittämässä palliatiivisen- ja saattohoidon osaamista. C-tasolla ammattihenkilöllä on erikoistumisopintojen avulla hankittu tutkintotutkimus palliatiivisen ja saattohoitotyön sisällöistä. (Larkin 2004.)

Läheisten huomiointi osallisena potilaan hoidossa voi olla välillä haastavaa, ja sairaanhoitaja on potilaan puolestapuhujana monissa tilanteissa. Koska ihmisiä ei voi mitata rahassa suunnitellussa palvelujärjestelmässä, eettiset periaatteet ja näyttöön perustuvan hoitotyön teorian ja käytännön vahva osaaminen luovat hyvän pohjan hoitajan toiminnalle. Tiedon kulun varmistaminen ja opitun jakaminen ovat äärimmäisen tärkeitä taitoja moniammatillisen työryhmän tiimityöskentelyssä. On osattava olla aloitteellinen ja eettinen hoitaessaan potilaita sovittujen toimintatapojen mukaisesti ja ottaa vastuu omasta toiminnasta (Anttonen ym. 2011; Parviainen 1998.)

Hoitotyön ammattilaisen on osattava arvioida omaa työtään ja määritellä omia kehittämisalueitaan. Erityisesti hoitajan, joka työskentelee saattohoidon parissa, täytyy kouluttautua moniosaajaksi, koska työskentely on laaja ja hoidon monivaiheisuus on ymmärrettävä potilaskohtaisesti. Saattohoidon kirjo on valtava ja on osattava erilaisten etenevien tautien merkitys, niiden käyttäytymismuodot ja kuoleman kohtaaminen. (Anttonen ym. 2011.)

Duodecimin oppiporttiin (Duodecim 2016) on julkaistu saattohoito-verkkokoulutus, joka on avoin internetissä. Kohderyhmänä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset sekä opiskelijat. Koulutus syventyy saattohoidon periaatteisiin ja hoidon erityisyyteen. Saattohoidossa on otettava huomioon ja hyväksyttävä se, että potilas menehtyy sairauteen hoidoista huolimatta. Hoitajan on ymmärrettävä oirehoito, hoitolinjaukset ja niiden merkitys potilaan elämän laatuun sekä yhteistyön merkitys eri tahojen kanssa. Työssä on sisäistettävä myös eettisesti kuolevan ihmisen tarpeet, käytännöt ja kokonaiskuvan elämän loppuvaiheen koittaessa.

4.3.1 Psyykkisten oireiden tuntemus ja hoidon osaaminen

Elämän laatuun vaikuttavia asioita ovat saattohoitopotilaan kohdalla psyykkiset oireet, näiden oireiden huomioon ottaminen ja tunnistaminen ovat merkittäviä asioita kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. Käypä hoito -suositusten (2018) mukaan saattohoitopotilaat kärsivät usein mielialaoireista. Hoitajan on hyvä kiinnittää huomiota potilaan läsnäoloon, kärsiikö potilas unirytmien muutoksista, ja onko hänellä poikkeuksellista väsähtämistä. Muutokset ruokahalussa ja nesteen saamisessa on huomioitava hoitotyössä. Poissaolevuus voi näkyä niin, ettei ajatus kulje tai potilas ei ymmärrä puhetta ja muisti alkaa pätkimään. Masennus sekä ahdistus- ja sopeutumishäiriöt ovat yleisimpiä psyykkisiä oireita saattohoitopotilaalla. (Käypä hoito 2018.)

Psyykkisten oireiden vuoksi potilas voi mennä jopa psykoosiin, jos oirekuvaa ei tunnisteta ajoissa. Saattohoitopotilaan tilaa on hyvä tarkkailla ja osata tunnistaa erilaiset muutokset käyttäytymisessä. Haastavissa potilastilanteissa voi pelkkä hoitajan läsnäolo riittää, mutta on myös annettava aikaa kuuntelulle ja keskustelulle. Hankalissa tilanteissa on syytä turvautua psykiatrin tai muun alan ammattilaisen apuun. Lääkehoitona käytetään anksiolyytteja, antidepressantteja ja neuroleptejä. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015)

Jos esimerkiksi masennus on todettu saattohoidon loppuvaiheessa, niin masennuslääkkeistä ei ole enää välttämättä apua, koska lääkkeen teho alkaa näkyä viiveellä, näin ollen potilas ei ehdi saamaan määrätystä lääkkeestä tarkoituksenmukaista apua. Potilas voi olla elämän loppuvaiheessa surun murtama ja tämän takia surun ja masennuksen eroa voi olla vaikea diagnosoida. Diagnoosin arviointi voi myös hankaloitua, koska oireet voivat johtua elimistössä tapahtuneista fyysisistä muutoksista, tällöin olisi tärkeää, että läheiset ja hoitohenkilöstö ymmärtäisivät että, potilas tekee kuolemaa. (Käypä hoito 2018.)

Saattohoitopotilaan kanssa olisi hyvä muistella ja vaalia jo elettyä elämää. Surutyön tekeminen etukäteen voi suojata vaikeilta psyykkisiltä häiriöiltä ja tämä tuo rauhaa, sekä saa potilaan hyväksymään tuleva poismeno. Psyykkisen tuen tarve

on kuitenkin arvioitava yksilöllisesti, tarvitaanko mahdollisesti muita ammattiryhmiä, kuten mielenterveystyöntekijää, sairaalapappia tai psykiatria. (Käypä hoito 2018)

Hoitajan on osattava puhua kuolemasta, surusta ja luopumisesta, niin potilaan kuin omaisten kanssa, koska myötäeläminen ja tukeminen ovat tärkeitä osa-alueita saattohoitotyössä. Luopumisen tunteesta ja peloista olisi hyvä puhua myös kollegoiden kanssa välttääkseen omaa henkistä kuormaa. Potilaat saattavat kärsiä myös eksistentiaalisista häiriöistä, joilla tarkoitetaan oman elämän tarkoitellisuuden löytämistä. Jos potilaalle herää eksistentiaalisia kysymyksiä loppuvaiheen aikana, niin hoitohenkilökunnan tuki ja läsnäolo on tärkeää. Hyvin toteutunut saattohoito, sekä hoitajien hyvä potilashoitosuhte vähentävät psykososiaalisen tuen tarvetta. Kuoleman hetkellä on osattava säilyttää ihmisarvo ja tukea läheisiä luopumisen hetkellä. Vainajan laitossa hoitaja voi ottaa läheiset mukaan heidän niin halutessaan. Omaisia on osattava ohjata kuoleman sattuessa myös käytännön- ja hautajaisjärjestelyissä. (Anttonen ym. 2011; Käypä hoito 2018.)

4.3.2 Kivun- ja lääkehoidon tarpeen arviointi

Lääkehoidon arvioinnin tekee lääkäri moniammatillisessa työryhmässä, johon kuuluu muu hoitohenkilökunta. Lääkärin arvio perustuu pääosin hoitajien kirjamiin tai suullisiin tietoihin potilaasta ja laboratoriokokeiden antamiin tuloksiin. Hoitohenkilökunnan on arvioitava lääkehoitoa ja sen vaikutuksia aktiivisesti, minkä perusteella lääkärin on helppo tehdä arviota lääkehoidon onnistumisesta ja mahdollisista muutoksista. Hoitohenkilökunnan lisäksi läheiset ja omaiset on hyvä ottaa mukaan lääkehoidon arvioinnissa. (Fimea 2015.)

Hoitotyöntekijän on osattava seurata potilaan kokonaisvaltaista oirekuvaa ja hoitovastetta, joka tarkoittaa mitä tahansa hoidon vaikutuksen muutosta potilaassa. Potilaalle aiheutuvat haitat oireista ja hänen saamansa hoidon muutokset ovat asioita, joita tulee arvioida jatkuvasti hoitotyön toteutuksessa. Kaikki hoitajan havainnot kirjataan potilaan hoitorekisteriin, minkä perusteella kaikki häntä hoitavat henkilöt voivat tehdä nopean arvion potilaan tilasta. Hoitovasteen seurantaan on

olemassa erilaisia apukeinoja, oirekartoituslomake, ESAS, ja PAINAD-mittari. Nämä asteikot soveltuvat hyvin niille potilaille, jotka eivät pysty itse kertomaan kivustaan. (Kapulainen 2017; Käypä hoito 2018.)

Hyvän hoidon perusedellytys on jatkuva kivun seuranta ja arviointi ja havaintojen kirjaaminen. Hoitotyöntekijän on tärkeää huomioida arvioidessaan kipua sen vaikutus toimintakykyyn ja mielialaan, kivun voimakkuus, voiko liikkua tai nukkua, onko tunnottomuutta, missä kipu sijaitsee ja kuinka kauan kipu kestää. Unen laatuun ja riittävyteen on myös kiinnitettävä huomiota. Jos saattohoitopotilas on sekavan oloinen tai menettänyt tajuntansa, niin potilaan kipua voi tarkkailla seuraamalla kasvojen ilmeitä, kulmien kurtistamista, sykettä, itkuisuutta ja levotonta olemusta. (Kapulainen 2017; Käypä hoito 2018.)

Ensisijaisesti saattohoitopotilaan kivunhoitoon käytetään vahvoja opioideja, joiden antoreitit voivat vaihdella. Opioideja voidaan käyttää myös hengenahdistuksen lieventämiseen. Jos potilas ei reagoi kivunhoitoon kaikesta hoidoista huolimatta, niin sietämättömiin kipuihin on olemassa palliatiivinen sedaatio, mikä tarkoittaa, että potilaan tajunnantasoa alennetaan lääkkeellisesti syvän unen kaltaiseen tilaan. Käypä-hoito suositusten mukaan (2018) suonensisäinen nesteytys tai ravitsemus ei pidennä elinaikaa, eikä myöskään vaikuta elämän laatuun parantavasti. Antibiootteja suositellaan vain, jos potilas saa niistä avun oireiden hoitoon. Rentoutus, asento- ja liikehoidot ovat lääkkeettömiä menetelmiä hoitaa kipuja. Lääkkeettömillä hoidoilla erilaisin psykososiaalisin keinoin pyritään helpottamaan myös saattohoitopotilaan ahdistus- ja masennusoireita. (Käypä hoito 2018.)

4.4 Työssäjaksaminen

Saattohoito on eettisesti raskasta ja siksi henkisesti kuormittavaa työtä, koska se vaatii erityistä osaamista ja tiedostamista kuoleman läheisyydestä, joka on lopullista ja ahdistavaa. Tämä voi nostaa omat pelkotilat omien läheisten menettämisestä ja oman kuoleman pelkona. Hyvin empaattinen hoitaja voi surra, jopa kyy-

neliin asti ja myötäelää surua läheisten kanssa. Hoitajalla täytyisi olla mahdollisuus purkaa omat tuntemukset työpaikan tarjoaman työnohjauksen piirissä. (Kan & Pohjola 2012, 269.) Hyvän ammatillisen teoriatiedon hankkiminen koulutuksen aikana ja osaamisen päivittäminen ylläpitävät henkisesti kuormittavassa työssä jaksamista, koska teot perustuvat hoitotieteelliseen näyttöön, eettisesti kestäviin lääketieteellisiin teorioihin ja hoitosuosituksiin. (ETENE 2004a).

Christina S Melvin (2012) on saanut kuvailevassa laadullisessa tutkimuksessaan positiivisia tuloksia siitä, että työssä uupumisen riski on suurempi palliatiivista ja saattohoitotyötä tekevien hoitajien keskuudessa, koska työllä on negatiivisia vaikutuksia hoitajien psyykkiseen ja emotionaaliseen jaksamiseen. Tutkimuksessa tuli esille, että työntekijöitä auttoi selkeän rajan vetäminen työn- ja vapaa-ajan välille. Jos hoitaja ei kykene unohtamaan työssä tapahtuneita asioita, ei työstä pysty palautumaan vapaa-ajallakaan.

Oma siviilielämä vaikuttaa myös työssä jaksamiseen. Yksityiselämää ei saisi tuoda töihin, koska on vaikeata sivuuttaa ongelmia työpäivän ajaksi. On vaikeata keskittyä hoitotyöhön ja olla vuorovaikutuksessa potilaiden, läheisten ja kollegoiden kanssa, kun ajatukset harhailevat omissa ongelmissa. On tutkittu, että perheeltä ja ystäviltä saatu tuki voi olla suuressa osassa henkisen jaksamisen edellytyksenä. Hoitajien olisi myös hyvä löytää itselle jokin keino lievittää mahdollista ahdistuksen ja turhautumisen tunnetta. Positiivisten asioiden ja piirteiden etsiminen, tunnistaminen ja palkitseminen työntekijän roolissa voi myös auttaa edistämään työssäjaksamista. (Epiphaniou, Hamilton, Bridger, Robinson, Rob, Beynon, Higginson & Harding 2012; Kan & Pohjola 2012.)

Hoitajan on hyvä osata pysähtyä miettimään omaa jaksamistaan ja omia tarpeita tilanteen niin vaatiessa, ettei altistu psyykkiseen tai fyysiseen sairauteen. Työssäjaksamista tukee hyvä fyysinen kunto, koska saattohoitotyössä voi olla paljon nostoja vaativia tilanteita. Fyysisen kunnon ylläpitäminen on edellytys psyykkiselle hyvinvoinnille ja ongelmien välttämiseksi harrastukset, perhe ja ystävät ovat iso voimavara työn vastapainona. (Kan & Pohjola 2012.) Vapaa-ajalla toteutunut

riittävä uni ja lepo, hyvä ravitseminen sekä liikunta ja rentoutuminen auttavat ylläpitämään fyysistä kuntoa, jotka eheyttävät työntekijän energiavaroja ja keskittymiskykyä (Melvin 2012).

Työpaikan ilmapiirillä on myös iso vaikutus työssäjaksamiseen. Hyvä ilmapiiri perustuu avoimuuteen tilanteessa, kuin tilanteessa työntekijöiden sekä johdon välillä. Keskustelu ongelmista ja positiivisen palautteen antaminen on elintärkeää. Työpaikan ilmapiirin on annettava mahdollisuus työntekijälle kasvattaa omaa itsevarmuutta niin, että henkilöstö jakaa tietoa ja taitoa avoimesti, jolloin myös kriittistä palautetta on helpompaa ottaa vastaan. Työpaikan yhtenäiset käytänteet ovat myös tärkeä osa jaksamista, tämä luo varmuutta erilaisiin tilanteisiin. Avoin keskustelu ja uskallus sanoa asioita ääneen auttavat myös sellaisessa tilanteessa, jossa joutuu myöntämään, ettei osaa hoitaa annettua työtehtävää. (Kan & Pohjola 2012.) Kollegoiden antama tuki ja avoimen keskustelun mahdollisuus on työyhteisön voimavara, mutta jonkin kolmannen tahon vetämä tuki- tai keskusteluryhmä voisi olla myös sopiva tukemaan työssäjaksamista (Melvin 2012).

Tiedonkulun täytyy olla tarpeeksi tehokasta niin, että se tavoittaa jokaisen työntekijän. Työyhteisön tulee yhdessä pohtia työn kuormittavuutta ja miettiä miten jakaa sitä tasaisesti hoitohenkilökunnan välillä. Jos tilanne on jo liian kuormittava työntekijälle, johdon täytyy miettiä laukaisevia vaihtoehtoja. Ensimmäinen vaihtoehto on koulutuksen lisääminen, jos työnkuva on selkeästi liian vaativa. Työajanmuutos ja työnkierto mahdollistavat ratkaisun löytymistä aikataulun kuormittaviin tekijöihin. Työnantaja voi ohjata työyhteisön työnohjaukseen, jossa voi käsitellä erilaisia työhön liittyviä asioita. (Kan & Pohjola 2012.)

Työssäjaksamiseen vaikuttaa paljon oma koulutus ja tietämys. Riittävä ammattitaito luo hoitajalle turvallisuutta ja vaikuttaa omaan arvostukseen sekä, lujittaa tervettä itsevarmuutta. Jatkuva epävarmuuden tunne työskennellessä on todella kuormittavaa. Vuorovaikutustaidot ja potilaan aito kohtaaminen lujittaa hoitosuhdetta ja tuo hoitajalle onnistumisen tunteen, sekä lisää motivaatiota. Ammattitaito kehittyy käytännön kokemuksista ja iäkkäiden hoitaminen vaatii erityistä monialaista osaamista. Opiskeluaikaisten mielikuvat ja ihanteet eivät välttämättä vastaa

sitä kaikkea, mitä ne ovat työelämässä. Monelle kiire voi tulla yllätyksenä, vähäinen henkilökunta työpaikoilla ja suurempi vastuu hoidettavista potilaista luo omat paineensa. Vanhustyössä hoitajat joutuvat kouluttamaan itseään systemaattisesti pärjätäkseen uusissa haasteissa. Hoitaja voi kokea erilaiset haastavat työtilanteet erittäin stressaavana, kun oma osaaminen ei riitä tai aika hoitotyöhön on rajallinen. (Kan & Pohjola 2012.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tilastokeskukselta tilaaman selvityksen mukaan työn henkiseen kuormittavuuteen koulutuksen yhteys naisilla on suurempi kuin miehillä. Selvityksessä ilmeni myös, että riski työn kokemiseen henkisesti raskaaksi oli suurempi erityisasiantuntijaryhmissä, kuten terveydenhuolto- ja hoiva-alan työntekijöillä. Työoloihin liittyvistä tekijöistä löytyi kymmenen eri teemaa, jotka nostivat riskiä kokea työnsä henkisesti raskaaksi, joista kiire oli hyvin merkittävässä asemassa. (Lehto 2015.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää työntekijöiden osaamista ja työssä jaksamista saattohoitotyössä. Tehtävänä oli kerätä kyselylomakkeella hoivakodin työntekijöiltä mitattavissa olevaa tietoa, mistä saadaan vastauksia asetettuihin tutkimusongelmiin:

1. Millaiseksi työntekijät kokevat oman saattohoidon osaamisensa hoivakodissa?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat työssä jaksamiseen?
3. Mitä osaamisen kehittämistarpeita työntekijöillä on saattohoidon suhteen?

6 Tutkimuksen toteutus

6.1 Toimeksianto

Esitimme opinnäytetyön aiheemme saattohoidon osaamisesta ja työssäjaksamisen yhteydestä yksityisen hoivakodin johtajille sähköpostitse loppusyksystä 2017. Johtajista yksi oli kiinnostunut jatkamaan tapaamisella aiheen tiimoilta. Tapa-
simme hoivakodin johtajan marraskuussa ja yhdessä hänen kanssaan pohdimme opinnäytetyön aihetta niin, että siitä olisi hyötyä myös hoivakodille. Työssä jaksaminen kiinnosti hoivakodin johtajaa työhyvinvoinnin ylläpitämisen ja edistämisen kannalta. Opinnäytetyöprosessi lähti marraskuun loppupuolella 2017 käyntiin tapaamisen jälkeen, jolloin päätimme yhdessä toimeksiantajan kanssa tutkimuksen toteutustavan, kohdejoukon ja mahdolliset kysymysten aiheet.

Jorma Kananen kertoo kirjassaan opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas (2010) että tutkimusaiheen valinta kannattaa tehdä niin, että se on kiinnostava ja innostava. Opinnäytetyöprosessin katsotaan hyötyvän myös opiskelijan aikaisemmasta teorian- ja käytännön osaamisesta aiheeseen liittyen. Opinnäytetyön tekeminen ei kuitenkaan ole kiinni aikaisemmasta osaamisesta, vaan se on täysin johdonmukainen oppimisprosessi, joka seuraa tiettyä kaavaa valitun tutkimusotteen mukaisesti. Keskeinen asia tutkittavassa ilmiössä on ongelma, johon etsitään ratkaisua. Että ilmiötä ja asioita pystytään kehittämään, on löydettävä ongelma, joka on kehityksen esteenä. Ongelman ratkaisu pyrkii parantamaan asian tai ilmiön suuntaa parempaan. Ratkaistakseen ongelma, on löydettävä kysymykset, jotka aukaisevat ja pilkkovat ongelman pienempiin ratkaistavissa oleviin kokonaisuuksiin. (Kananen 2010, 19.)

6.2 Kvantitatiivinen kyselylomaketutkimus

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvantitatiivinen kyselylomaketutkimus, koska se katsottiin parhaaksi keinoksi kerätä valitulta kohde-

joukolta tarvittava tutkimusaineisto. Kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa määrällistä tutkimusta, jota voidaan kutsua myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Määrällinen tutkimus selvittää lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Tilastollisesti tutkittavia tekijöitä varten täytyy saada riittävän suuri otos, eli joukko mistä tutkittavaa tietoa saadaan. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään tämän hetkinen tilanne tutkittavasta aiheesta. Tutkimukselle asetettu tavoite ja tutkimusongelma määrittävät ensisijaisesti valittavan tutkimusmenetelmän. (Heikkilä 2014, 15)

Kyselylomaketutkimuksella voidaan kerätä arkaluonteistakin tutkimustietoa, koska kyselylomakkeen täyttäjää jää aina tuntemattomaksi. Haittapuoli kyselylomaketutkimukselle on usein alhainen vastausprosentti. On normaalia, että tutkimuksen otannassa esiintyy jonkin verran poistumaa, eli katoa, joka tarkoittaa palautumattomia tai puutteellisesti täytettyjä kyselylomakkeita. Heikkous kyselylomaketutkimukselle on myös se, että vastauslomakkeiden palautukset voivat viivästyvät pitkittäen pahimmassa tapauksessa tutkimusprosessin aikataulua. (Heikkilä 2014, 42; Vilkkä 2005, 74.)

Tutkimukset jaetaan eri tyyppeihin perustuen tutkimuksen tarkoitukseen, aikakäsitteeseen, tutkimusotteeseen ja tiedonkeruuseen. Tämä opinnäytetyö on mieli-pidetiedustelu, joka tuottaa tilastollista tietoa saattohoidon osaamisesta, sen kehittämisen tarpeesta ja näiden vaikutuksesta työssäjaksamiseen. Parhaaksi tarkastelukulmaksi katsoimme deskriptiivisen, eli kuvailevan tutkimuksen menetelmän, joka on yleisesti käytetty empiirisen tutkimuksen muoto. Kuvaileva tutkimus vastaa mm. kysymyksiin, mikä, kuka, millainen, missä, milloin. (Heikkilä 2014, 13-14)

6.3 Tutkimuksen kohdejoukko

Tutkimusaineisto, eli havaintoaineisto koostuu tutkimusta varten kerätystä käsittelemättömästä tiedosta, jota kerätään tutkimuslomakkeella, jossa on pääosin valmiit vaihtoehdot. Tässä opinnäytetyössä käytetään primaarista, eli tutkimusta varten kerättyä tietoa, joka muodostuu havaintoyksiköiden, eli tässä tapauksessa

hoivakodin henkilöstön tiedoista. Kyseiset havaintotiedot ovat henkilöstön tietoja ja mielipiteitä tutkittavista asioista, jotka muodostavat muuttujien arvoja, eli mitattavissa olevia suureita tai ominaisuuksia. (Heikkilä 2014, 12-13)

Kvalitatiiviseen, eli laadulliseen tutkimukseen verrattuna kvantitatiivisessa tutkimuksessa havaintoyksiköitä on paljon. Opinnäytetyön kohdejoukko on yksityisen hoivakodin henkilöstö, ja tutkimus käsiteltiin kokonaistutkimuksena mahdollisimman suuren vastausmäärän takaamiseksi. Kokonaistutkimusta kutsutaan sensukseksi, jolloin perusjoukon otantamenetelmän valintaa ei ole tarvinnut tehdä, koska kaikki tutkimuksen populaation yksiköt ovat mukana aineiston käsittelyssä ja analysoinnissa. (Kananen 2010, 41.)

6.4 Kyselylomakkeen laadinta ja aineiston keruu

Kyselylomake on tutkimukseen kerättävän tiedon tutkimuslomake, joka kannattaa suunnitella huolellisesti. Kysymysten on oltava tutkimuksen tarkoitusta vastaavia ja selkeitä, että tutkimus tuottaa ongelman ratkaisemiseksi tarvittavaa tietoa. Yksi suurimmista virheiden aiheuttajista on kysymysten huono muotoilu, jolloin tutkimus voi mennä pilalle pelkästään huonon tutkimuslomakkeen takia. Tutkimuslomaketta suunniteltaessa on otettava huomioon myös, kuinka tarkkoja vastauksia on mahdollista kerätä, sekä miten saatu tieto käsitellään. (Heikkilä 2014, 45)

Onnistunut tutkimuslomake on kaksiosainen ja se on osoitettu oikealle kohderyhmälle (kuvio 5). Saatekirje voidaan korvata joissakin tapauksissa saatesanoilla ennen varsinaisia kysymyksiä. Saatekirjeen avulla tutkija motivoi vastaajaa vastaamaan kyselyyn kertoen tutkimuksen taustasta ja tarkoituksesta. Itse kyselylomake houkuttelee vastaamaan kysymyksiin siistin, ja selkeän ulko- ja kirjoitus-asun avulla. Lomakkeen alkuun on hyvä sijoittaa helppoja kysymyksiä, jotka avaavat vastaajan ajatuksia ja herättää mielenkiinnon vastaamaan kyselylomakkeen loppuun. Henkilötiedot on paras sijoittaa lomakkeen loppuun, ettei vastaaja asetu liiaksi henkilötietojen rajaamaan rooliin. (Heikkilä 2014, 46-59)

Hyvä kyselylomake on
<ul style="list-style-type: none"> • selkeä ja siisti <ul style="list-style-type: none"> ○ tekstin asettelu kunnossa ○ selkeät vastausohjeet ○ helpot kysymykset alkuun ○ kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan ○ kysymykset etenevät loogisesti ja ne on numeroitu juoksevasti ○ saman aihealueen kysymykset otsikoitu omiksi ryppäiksi ○ kysymykset on numeroitu juoksevasti ○ muutama kontrollikysymys reliabiliteetin varmistamiseksi • sopivan pitkä • esitestattu • suunniteltu tietojenkäsittely huomioiden

Kuvio 5. Tutkimuslomakkeen tunnusmerkit (Heikkilä 2014, 47).

Tutkimuskysymysten Likertin-asteikko, eli asenneasteikko on tavallisesti neljä- tai viisiportainen asteikko jonka ääripäissä ovat väittämät samaa mieltä ja täysin eri mieltä. Likertin asteikkoa käytettäessä on pohdittava, käytetäänkö 4, 5, 7 vai 9 arvoa ja miten arvoille asetetaan sanalliset merkitykset. Asteikon keskikohta ja aloitusvaihtoehto ovat myös tarkkaan harkittavissa olevat määreet, jotka kuvaavat todella kysyttyä asiaa ja mielipiteitä siitä. Koska, en osaa sanoa on monesti liian houkutteleva vaihtoehto, on katsottu paremmaksi jättää se vastausvaihtoehto pois tutkimuslomakkeen asenneasteikosta. (Heikkilä 2014, 47.)

Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen ensimmäiset kolme kysymystä antavat taustatietoja vastaajista. Saattohoidon koulutusta, toteutusta ja osaamista on kysytty väittämin, joista vastaajan on tullut valita itselleen paras vaihtoehto (Liite 1). Tämä opinnäytetyö on mielipidetutkimus, joten siinä on käytetty Likertin viisiportaista -asteikkoa mielipidetä vastaavissa kysymyksissä. Viimeiset kysymykset sisälsivät puoliksi avoimia kysymyksiä, joissa vastaajalla on ollut mahdollisuus vastata vapaasti "jokin muu" -kohtaan. Myös viimeisessä kysymyksessä tahdottiin saada vastaus saattohoidon kehittämiseen vapaalla sanalla. Yhteensä lomakkeessa oli 50 kohtaa, joihin pyydettiin vastaamaan.

Tutkimuslomake testattiin viidellä henkilöllä, joilla on jonkin verran kokemusta saattohoitotyöstä. Tutkimuslomakkeen esitestaaminen tukee tutkimuksen luotettavuutta, koska testauksessa yleensä tulevat esiin lomakkeen virheet, joita ei ole aiemmin havaittu (Heikkilä 2014, 47). Testivastaajista yksi oli sitä mieltä, että lomakkeessa on liian monta kysymystä, eikä riittävästi tilaa vapaalle kommentoinnille. Tutkiessamme lomaketta ei ilmennyt mahdollisuutta poistaa kysymyksiä, koska kaikki kysymykset ja väittämät toivat tietoa tutkittaviin asioihin. Jos kysymyksiä olisi muotoiltu avoimiksi, olisi se muuttanut myös tutkimusmenetelmää. Neljän muun vastanneen mielestä kysymykset olivat hyviä ja selkeitä.

Tutkimuslomake vietiin huhtikuussa puolentoistaviikon ajaksi hoivakotiin, missä henkilöstöllä oli mahdollisuus vastata siihen työaikansa puitteissa. Hoivakodin johtaja oli kertonut henkilöstölle opinnäytetyöstämme ja siitä, että se koskettaa vain hoivakotia, jossa he työskentelevät. Tutkimusajankohtana hoivakodissa työskenteli 28 henkilöä, joista jokaisella oli mahdollisuus halutessaan osallistua tutkimukseen vastaamalla lomakkeeseen. Vastanneiden kesken luvattiin järjestää arvonta, josta palkintona oli suklaalevyjä. Vastausajan viimeisenä päivänä vastauksia oli kertynyt vain 13 kappaletta. Lomakkeita oli palautunut mielestämme liian vähän ja päätimme jatkaa vastausaikaa ja laitoimme henkilökunnalle muistutusviestin sekä tiedotteen vastausajan jatkumisesta. Vastausprosentti vaikuttaa tutkimuksen luottamustasoon, jolloin voi käytettävissä olevin keinoin pyrkiä vaikuttamaan vastausten palautumiseen (Heikkilä 2014, 42). Vastausaikaa oli lopulta kaksi viikkoa, minkä aikana saimme vastauksia yhteensä 18 kappaletta.

6.5 Aineiston analysointi

Samalla kun suunnitellaan tutkimuslomaketta ja muuttujia, tehdään myös suunnitelma tietojen käsittelylle. Havaintomatriisin rakentaminen tehdään samassa yhteydessä, kun asetellaan ja numeroidaan kysymyksiä ja niiden muuttujille asetetaan arvot. Muuttujien arvot ovat edellytys aineiston analysoinnille sekä taulukoinnille. Määrällisellä tutkimuksella kerätty tieto kertoo muuttujien ja niitä koskevien väitteiden välillä olevista tilastollisista yhteyksistä, mitkä rakentuvat tutkimusaineistosta rakennetun havaintomatriisin avulla. (Vilkkä 2005, 89 - 90)

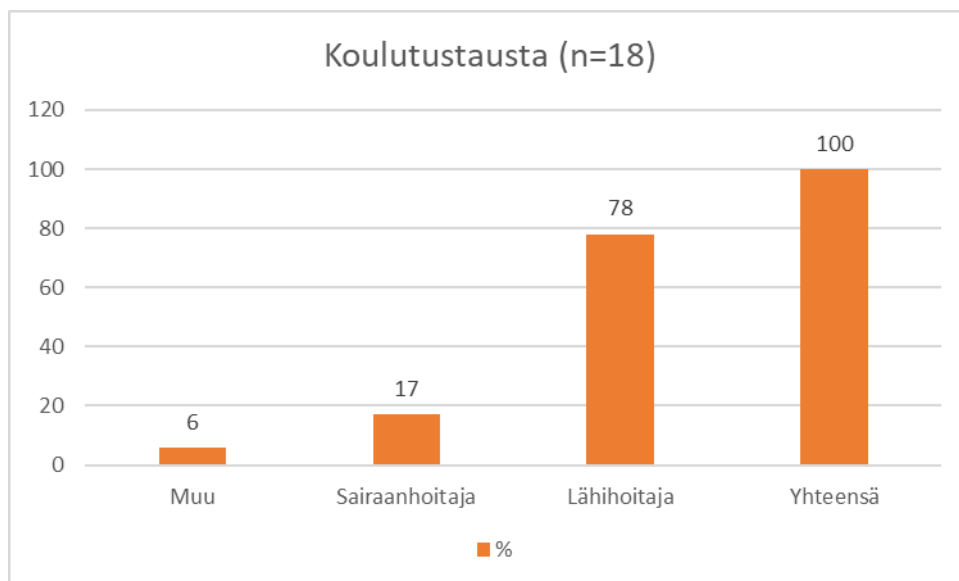
Aineiston käsittely tehtiin Excel-taulukkolaskentaohjelmalla. Kyselylomakkeet numeroitiin juoksevalla numeroinnilla ennen kuin muuttujien arvot syötettiin taulukkoon, milloin tallennuksen tarkkuus ja poikkeuksien tarkistaminen on mahdollista tehdä jälkikäteen (Heikkilä 2014, 42). Excel-taulukkolaskentaohjelman avulla muuttujista saatiin niin visuaalista kuin numeraalista tietoa vastauksista. Vastajien pieni lukumäärä aiheutti sen, että avointen vastusten määrä oli myös suhteellisen pieni. Avointen vastausten luokittelu tehtiin myös excel-taulukkolaskentaohjelmassa silmämääräisesti, koska siellä näkyi selkeästi olevan muutamia pääluokkia. Avoimista vastauksista etsitään esimerkiksi tiettyjä malleja ja prosesseja, joita voidaan tiivistää sanoiksi (Kananen 2010, 60.)

7 Tutkimuksen tulokset

7.1 Taustatiedot

Tutkimuslomakkeita saimme takaisin 18 kappaletta, kun otoksen oletettu koko oli 28. Näin ollen vastausprosentti jäi 64 %:iin, jolloin yksikkökadon, eli vastaamatta jääneiden määräksi katsottiin kymmenen vastausta (36 %) oletetusta määrästä. Vastausten joukossa oli yksi lomake, josta puuttuivat vastaukset tutkimuslomakkeen loppuun saakka. Lomakkeesta saatiin kuitenkin asenneasteikolla kysyttyihin asioihin arvokasta tietoa, jolloin vastaukset päätettiin pitää mukana otoksessa.

Ensimmäisen osion neljästä kysymyksestä saatiin tutkimukselle taustatiedot, kuten ammatillinen koulutus ja työkokemus. Työkokemus tuo vahvuuksia hoitotyön eri osa-alueille, jotka voivat vaikuttaa esimerkiksi työssä jaksamiseen niin negatiivisesti kuin positiivisestikin.



Kuvio 6. Työntekijöiden ammatillinen koulutus (n=18)

Kuviosta 6 nähdään, millainen koulutustausta vastaajilla on. Suurin osa työntekijöistä on lähihoitajia (78 %). Hoivakodissa työskentelee eniten lähihoitajia, sairaanhoitajat työskentelevät lähinnä vastaavan hoitajan tehtävissä. Muita hoitajia voivat olla muun muassa perushoitajat, hoiva-avustajat sekä mielenterveyshoitajat, jotka viittaavat tutkimuksessa ”muu”-muuttuun.

Aikaa valmistumisesta kysyttiin, koska opetussuunnitelmat kehittyvät jatkuvasti ja tuloksista voisi mahdollisesti nähdä, kokevatko hoitajat merkittävää eroa tyytyväisyydessään perusopintoihin.

Taulukko 1. Ammattiin valmistumisesta kulunut aika (N=18)

Aikaa valmistumisesta (N=18)	0-5 vuotta (n=7)	6-10 vuotta (n=4)	11-15 vuotta (n=1)	yli 16 vuotta (n=6)
Sairaanhoitaja	33 %	0 %	0 %	67 %
Lähihoitaja	36 %	29 %	7 %	29 %
Muu	100 %	0 %	0 %	0 %
Kaikki yhteensä	39 %	22 %	6 %	33 %

Vastausten perusteella hoivakodissa työskentelee eniten hoitajia, joiden valmistumisesta ei ole vielä kulunut kauempaa kuin viisi vuotta (39 %), toiseksi eniten vastanneista on valmistunut yli 16 vuotta aikaisemmin. Taulukosta 1 näkee, että

enemmistö (67 %) vastanneista sairaanhoitajista on valmistunut yli 16 vuotta sitten. Lähihoitajista suurin osa on valmistunut yli 16 vuotta sitten.

Neljäs tutkimuslomakkeen kysymys selvitti saattohoidon osaamisen rakentumista. Vaihtoehtoja oli mahdollisuus valita useampi kuin yksi. Kysymyksen tarkoituksena oli kartoittaa, miten saattohoidon osaaminen on rakentunut.

Taulukko 2. Miten saattohoidon osaaminen on rakentunut (N=36)

Osaaminen on rakentunut (N=36)	Hoitotyön perusopinnoissa (n=7)	Työn ohessa (n=18)	Saattohoidon lisäkoulutuksissa (n=8)	Muussa (n=3)
Sairanhoitaja	11 %	33 %	33 %	22 %
Lähihoitaja	23 %	54 %	19 %	4 %
Muu		100 %		
Kaikki yhteensä	19 %	50 %	22 %	8 %

Taulukosta 2 nähdään selkeästi, että hoitohenkilökunnan saattohoidon osaaminen on rakentunut suurimmalta osin työn ohessa oppimalla. Vaikka lähihoitajan perusopinnoissa on määritelty saattohoidon osaamisen kriteerit tarkemmin kuin sairaanhoitajan perusopinnoissa, he kokevat osaamisen karttuneen enemmän työn ohessa (54 %) kuin sairaanhoitajat, joiden osaaminen on rakentunut myös saattohoidon lisäkoulutuksissa (33 %).

Osaamisen rakentumisesta oli 18:a vastauslomakkeessa yhteensä 36 valintaa, jotka luokiteltiin samalla tavalla jakaantuneiden valintojen kanssa 7 eri luokkaan. Tarkoituksena oli selvittää vaikuttaako valmistumisen ajankohta tai työkokemus osaamisen rakentumiseen.

Taulukko 3. Valmistumisajankohdan vaikutus saattohoidon osaamisen rakentumiseen (n=18)

	0-5 vuotta			6-10 vuotta			11-15 vuotta			yli 16 vuotta			Kaikki yhteensä
	Sh	Lh	Muu	Sh	Lh	Muu	Sh	Lh	Muu	Sh	Lh	Muu	
Kaikissa osa-alueissa	1												1
Kaikissa paitsi muussa		1			3								4
Kaikissa paitsi perusopinnoissa							1						1
Työn ohessa ja muussa											1		1
Työn ohessa ja lisäkoulutuksissa							1				1		2
Työn ohessa		2	1		1			1			2		7
Perusopinnoissa ja työn ohessa		2											2
Kaikki yhteensä	1	5	1		4		2	1			4		18

”Taulukosta 3” voidaan nähdä millaisia valintoja tulosten perusteella luokitellut osaamisen rakentumisen vaihtoehdot ovat saaneet. Lähihoitajien valinnoista kuudessa lomakkeessa oli valittu vain työn ohessa, joista kaksi olivat valmistuneet alle viisi vuotta sitten. Hoitotyön perusopinnoissa oli valittu yhteensä seitsemän kertaa, valinneista neljä olivat valmistuneet alle viisi vuotta sitten ja kolme 6-10 vuotta sitten. Kaikissa lomakkeissa (n=18) oli valittu ”työn ohessa” -vaihtoehto. Muita keinoja kehittää osaamistaan on vastanneilla ollut läheisen hoitaminen, opinnäytetyön tekeminen ja kokemusten vaihtaminen muiden alalla työskennelleiden kanssa.

Taulukko 4. Työkokemuksen vaikutus saattohoidon osaamisen rakentumiseen (n=18)

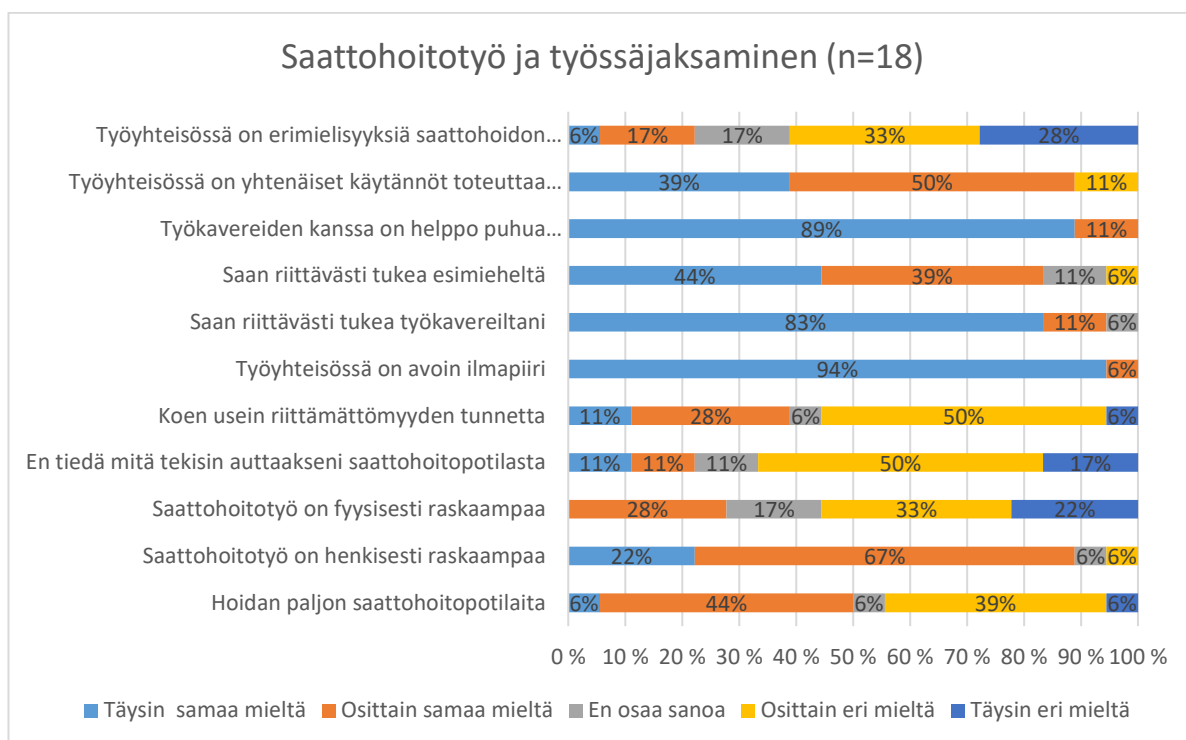
	2-5 vuotta			6-10 vuotta			yli 11 vuotta			Kaikki yhteensä
	Sh	Lh	Muu	Sh	Lh	Muu	Sh	Lh	Muu	
Kaikissa osa-alueissa				1						1
Kaikissa paitsi muussa		1		3						4
Kaikissa paitsi perusopinnoissa							1			1
Työn ohessa ja muussa				1						1
Työn ohessa ja lisäkoulutuksissa				1				1		2
Työn ohessa		4	1	2						7
Perusopinnoissa ja työn ohessa		2								2
Kaikki yhteensä		7	1	2	6		1	1		18

”Taulukon 4” perusteella nähdään työkokemuksen vaikutus saattohoidon rakentumiseen, missä yli 11 vuotta työskennelleet eivät ole valinneet ollenkaan hoitotyön perusopintoja saattohoidon osaamisen rakentumiseen, mutta ovat puolestaan osallistuneet lisäkouluksiin saattohoidosta. 2-5 vuotta työskennelleistä viisi ovat valinneet saattohoidon osaamisen rakentumisen pelkästään työn ohessa. Kolme seitsemästä 2-5 vuotta työskennelleistä lähihoitajasta on valinnut myös hoitotyön perusopinnot yhdeksi saattohoidon osaamisen rakentumiskeinoista.

7.2 Työssäjaksaminen

Tutkimuslomakkeen toinen osio sisälsi asenneasteikon, missä oli väittämiä saattohoitotyön työssäjaksamiseen vaikuttavista asioista. Asenneasteikolla kartoitettiin vastaajien mielipiteitä tutkimuslomakkeen (Liite 2) väitteistä valitsemalla vaihtoehtoista lähimpänä omaa mielipidettä oleva vaihtoehto. Vastausvaihtoehtojen

valinta ”en osaa sanoa” kuvastaa, ettei vastaajalla ole mielipidettä asiasta tai siten väittämään ei haluta ilmaista omaa mielipidettä.



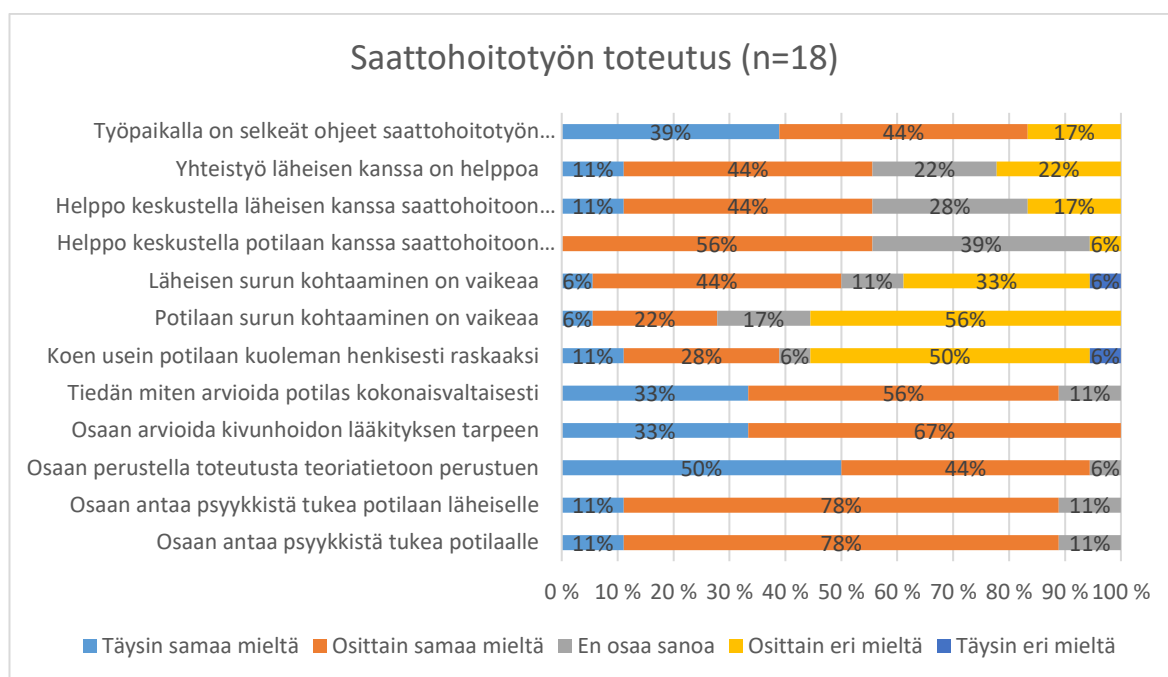
Kuvio 7. Työntekijän jaksaminen saattohoitotyössä (n=18)

”Kuvio 7” antaa tietoa siitä, kuinka henkilöstö kokee tällä hetkellä työssäjaksamisensa. Vastanneista 28 % koki, ettei työyhteisössä ole erimielisyyksiä saattohoidon toteutuksessa, kun 33 % oli valinnut osittain eri mieltä. Myös vastaukset väittämiin yhtenäisistä käytänteistä saattohoidon toteutuksessa olivat osittain samaa mieltä 50 % ja täysin samaa mieltä 39 %. Vain 11 % vastanneista koki olevansa osittain eri mieltä työyhteisön yhtenäisistä käytänteistä.

Vastausten perusteella työyhteisössä on avoin ilmapiiri ja siinä on helppo puhua työkavereiden kanssa saattohoitoon liittyvistä asioista. Tutkimuksen tulos on yhtenäinen tässä opinnäytetyössä aiemmin mainittujen tutkimusten tuloksiin verrattuna. Suurin osa vastanneista (83 %) kokee saavansa riittävästi tukea työkavereilta. Esimieheltä saatuun tukeen ollaan myös pääosin tyytyväisiä, kun vastanneista 44 % on täysin ja 39 % osittain samaa mieltä.

Kokemukset saattohoitotyön paljoudesta ovat jakaneet vastaukset lähes tasan, kun vastaajista 44 % kokee olevansa osittain samaa mieltä ja 39 % osittain eri

mieltä. Kokemus saattohoidon fyysisestä kuormittavuudesta on jakaantunut taiseemmin väittämän kohdalla, kun taas kokemus henkisestä kuormittavuudesta kertoo, että suurin osa kokee jossain määrin saattohoitotyön henkisesti raskaammaksi kuin perushoitotyön. Valtaosa vastanneista kokee, että osaa usein toimia auttaakseen saattohoitopotilasta. Riittämättömyyden tunnetta kokee vain pieni osa (11 %) vastanneista, kun suurin osa vastanneista (50 %) on osittain eri mieltä.



Kuvio 8. Saattohoitotyön toteutus hoivakodissa (n=18)

"Kuvio 8" selventää saattohoitotyön toteutusta hoivakodissa. 39 % työntekijöistä on täysin samaa mieltä, että työpaikalla on selkeät ohjeet, kun taas 44% vastanneista on osittain samaa mieltä. Vastaaajista 44 % kokee, että yhteistyö on osittain helppoa läheisen kanssa. Osittain vaikeaksi yhteistyön läheisten kanssa kokee 22 % vastanneista.

Saattohoitoon liittyvistä asioista keskustelemisen helpoksi läheisen kanssa kokee vain 11 % työntekijöistä ja 17 % kokee keskustelemisen osittain vaikeaksi. Potilaan kanssa saattohoitoon liittyvien asioiden keskustelu ei ollut kenenkään mielestä helppoa, mutta 56 % kokee keskustelun potilaan kanssa osittain helpoksi. Läheisen surun kohtaamisen kokee osittain vaikeaksi 44 % vastanneista. Vastaaajista suurin osa (56 %) kokee, että potilaan surun kohtaaminen on osittain

helppoa. Potilaan kuoleman henkisesti raskaaksi kokee vain 11 %, kun puolet vastaajista kokee kuoleman osittain henkisesti raskaaksi.

Vastaajista 56 % kokee olevansa osittain samaa mieltä väittämän ”Tiedän, miten arvioida potilas kokonaisvaltaisesti” kanssa. Kivun hoidon ja lääkityksen tarpeen arvioimisen osaamista kysyttäessä 33 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä ja 67 % osittain samaa mieltä. Vastanneista 50 % kokee osaavansa perustella hoitotyön toteuttamisen teorian tietoon perustuen, kun 44 % kokee olevansa asiasta osittain samaa mieltä. 78 % vastanneista kokee olevansa osittain samaa mieltä omasta osaamisestaan antaa psyykkistä tukea sekä potilaalle, että läheiselle.

Taulukko 5. Miten osaaminen vaikuttaa riittämättömyyden tunteen kokemiseen (n=18)

Kokee usein riittämättömyyden tunnetta		Osaa huomioida potilaan kokonaisvaltaisesti		
		Osittain		
		Täysin samaa mieltä	samaa mieltä	En osaa sanoa
Täysin samaa mieltä	Sairaanhoitaja			
	Lähihoitaja		2	
	Muu			
Osittain samaa mieltä	Sairaanhoitaja		1	
	Lähihoitaja	1	2	
	Muu			1
En osaa sanoa	Sairaanhoitaja			
	Lähihoitaja			1
	Muu			
Osittain eri mieltä	Sairaanhoitaja	1	1	
	Lähihoitaja	3	4	
	Muu			
Täysin eri mieltä	Sairaanhoitaja			
	Lähihoitaja	1		
	Muu			

”Taulukon 5” perusteella vastanneista kaksi, jotka kokivat osaavansa osittain huomioida potilaan kokonaisvaltaisesti, kokivat usein riittämättömyyden tunnetta. Vastanneista yksi koki osaavansa täysin ja kolme kokivat osaavansa osittain huomioida potilaan kokonaisvaltaisesti, mutta samalla vastaajat kokivat joskus riittä-

mättömyyden tunnetta toteuttaessaan saattohoitoa. Vastanneista yhdeksän kokivat joskus riittämättömyyden tunnetta, joista neljä kokivat osaavansa täysin ja viisi osittain huomioida potilaan kokonaisvaltaisesti. Yksi vastanneista ei kokenut riittämättömyyden tunnetta usein ja hän koki osittain osaavansa huomioida täysin potilaan toteuttaessaan saattohoitotyötä.

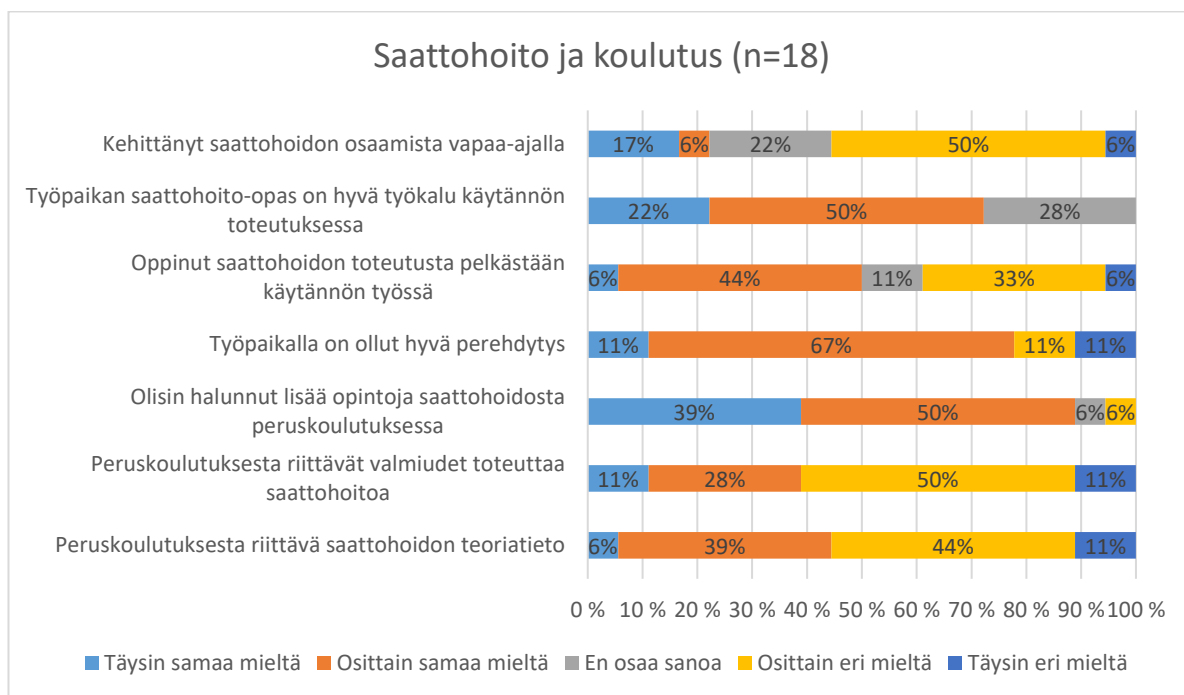
Taulukko 6. Riittämättömyyden tunteen kokeminen (n=18)

Koulutus (n=18)		Työkokemus (n=18)			Aikaa valmistumisesta (n=18)			
Kokee usein riittämättömyyden tunnetta		2-5 vuotta	6-10 vuotta	yli 11 vuotta	0-5 vuotta	6-10 vuotta	11-15 vuotta	yli 16 vuotta
Täysin samaa mieltä	Sairaanhoitaja							
	Lähihoitaja	1	1		1	1		
	Muu							
Osittain samaa mieltä	Sairaanhoitaja		1		1		1	
	Lähihoitaja	2	1		1		1	1
	Muu	1			1			
En osaa sanoa	Sairaanhoitaja							
	Lähihoitaja	1				1		
	Muu							
Osittain eri mieltä	Sairaanhoitaja		1	1			1	
	Lähihoitaja	3	4		3	2		2
	Muu							
Täysin eri mieltä	Sairaanhoitaja							
	Lähihoitaja			1				1
	Muu							
Yhteensä		8	8	2	7	4	3	4

Hoitajista suurin osa koki osaamisen olevan riittävää tai hyvää ja työssä jaksamista tukevat osa-alueet olivat kunnossa. Riittämättömyyden tunnetta usein koki vain 11 % ja joskus 28 %, kun 56 % joskus tai ei ollenkaan. Tuloksista voidaan päätellä, että hyvä tai riittävä osaaminen antaa tukea työn toteuttamiseen. Taulukossa 6 voidaan nähdä miten työkokemus ja ammattiin valmistumisesta kulunut aika vaikuttavat riittämättömyyden tunteen kokemukseen. Suurin osa vastanneista olivat osittain eri mieltä väittämään ja heillä oli jo useampi vuosi työkokemusta ja aikaa valmistumisesta.

7.3 Koulutus ja osaamisen kehittäminen

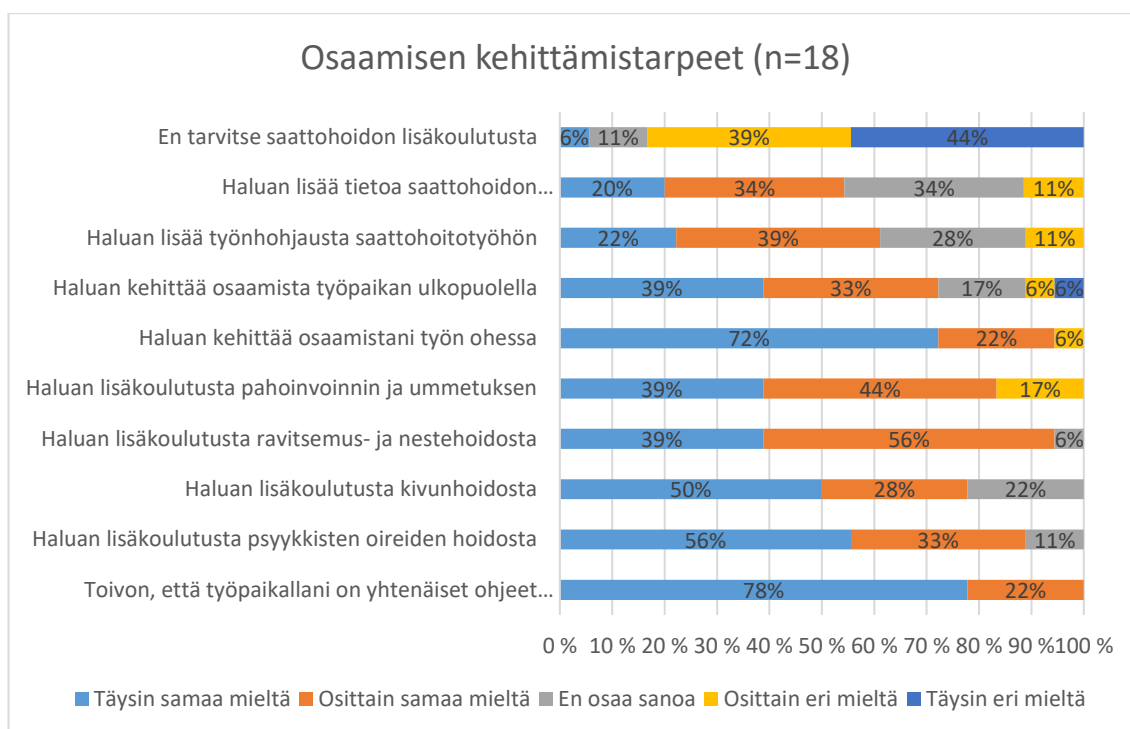
Tutkimuslomakkeen seitsemäs kohta sisälsi asenneasteikon vastaajan saattohoidon koulutuksesta. Asenneasteikolla kartoitettiin vastaajan mielipidettä saattohoidon koulutuksesta.



Kuvio 9. Työntekijän saattohoidon koulutus (n=18)

”Kuviosta 9” voidaan nähdä, mitä mieltä vastaajat ovat saattohoidon koulutuksesta. Puolet vastaajista oli valinnut ”osittain erimieltä” vaihtoehdon väittämään olen kehittänyt saattohoidon osaamistani vapaa-ajalla (Liite 2), mutta 17 % vastanneista oli kehittänyt osaamistaan vapaa-ajalla. Työpaikan saattohoito-opasta piti hyvänä työkaluna 22 % ja osittain hyvänä 50 %. Saattohoidon käytännön työtä pelkästään käytännössä oli oppinut 6 %. Osittain samaa mieltä -väittämän ”Saattohoidon toteutuksen oppimisesta pelkästään työpaikalla” oli valinnut lähes puolet (44 %). Työpaikan hyvä perehdytys oli jakanut äännet niin että, 67 % oli osittain samaa mieltä, kun 11 % oli ollut perehdytykseen täysin tyytyväisiä.

Tutkimuslomakkeessa oli asenneasteikko selvittämään myös vastaajien mielipidettä saattohoidon osaamistarpeidensa kehittämistä. Väittämällä selvitettiin vastaajien halukkuutta osaamisensa kehittämiseksi ja mahdollista toteutustapaa.



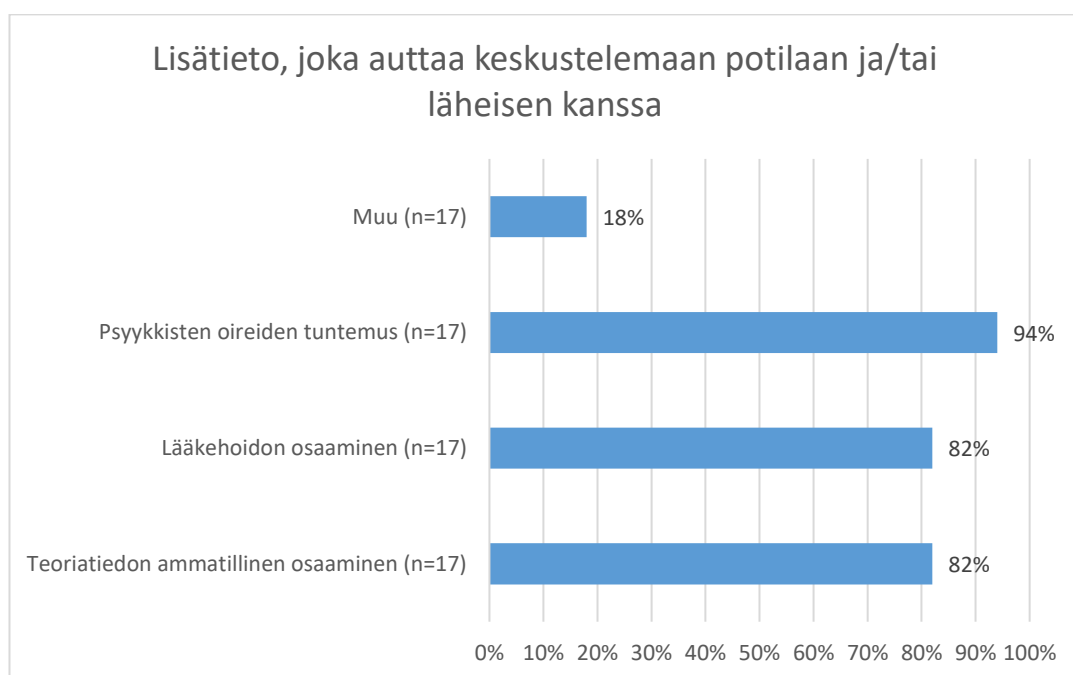
Kuvio 10. Työntekijän osaamisen kehittämistarpeet (n=18)

"Kuviosta 10" voidaan nähdä työntekijöiden halukkuutta osallistua saattohoidon lisäkoulutuksiin. Vastanneista 44 % on sitä mieltä, että tarvitsee lisäkoulutusta, kun 39 % kokee olevansa osittain koulutuksen tarpeessa. Lisää tietoa saattohoidon koulutusmahdollisuuksista haluaa saada 20 % vastanneista, ja 34 % on valinnut väittämän "osittain samaa mieltä". Lisää työnhohjausta saattohoitotyöhön tarvitsee 22 %. Vastaajista 39 % on sitä mieltä, että haluaa kehittää saattohoidon osaamistaan työpaikan ulkopuolella, ja 72 % vastaajista haluaa kehittää osaamistaan työn ohessa.

Vastausten perusteella eniten lisäkoulutusta työntekijät toivovat psyykkisten oireiden hoidosta ja pahoinvoinnin ja ummetuksen hoidosta. Kivunhoidosta lisätietoa haluaa saada 50 % vastanneista. Lisätietoa pahoinvoinnin ja ummetuksen hoidossa kaipaa 39 %, kun 44% on osittain halukkaita saamaan lisäkoulutusta. Lisäkoulutusta ravitsemukseen- ja nestehoitoon haluaa 39 % vastanneista. Kivunhoidon lisäkoulutuksen halukkuus on 50 % vastanneista, kun 28 % oli valinnut vaihtoehdoista "Osittain samaa mieltä". Halu saada lisäkoulutusta psyykkisten oireiden hoidosta on 56 %:lla vastanneista. Yhtenäiset ohjeet työpaikalle kaipaavat 78 %, kun vastaajista 22 % oli valinnut vaihtoehdoista "Osittain samaa mieltä".

Vastaajille oli annettu mahdollisuus kommentoida asenneasteikkoja vapaalla sanalla ennen tutkimuslomakkeen viimeistä osiota osaamisen kehittamisestä. Vapaalla sanalla asenneasteikoita oli kommentoinut vain muutama vastanneista (11 %). Kommenteista esille tuli jokaisen potilaan yksilöllinen kohtelu, jolloin saattohoidon ohjeistuksen soveltamisen osaaminen on merkittävää saattohoitotyössä. Myös hoitajan oman persoonan tuominen enemmän hoitotyöhön antaa lisäarvoa työskentelyyn.

Viimeinen osio tutkimuslomakkeesta kartoitti saattohoidon osaamisen kehittämisen keinoja. Jokaiseen kysymykseen oli vastaajilla mahdollisuus valita useampi vaihtoehtoista, missä ”Muu” -valinta antoi tilaa vastaajan omalle ehdotukselle kysymykseen. Yksi palautunut lomake oli jätetty viimeisen osion osalta täyttämättä, jolloin vastausten kokonaismäärä tutkimuslomakkeen viimeisessä osassa oli 17 vastausta.

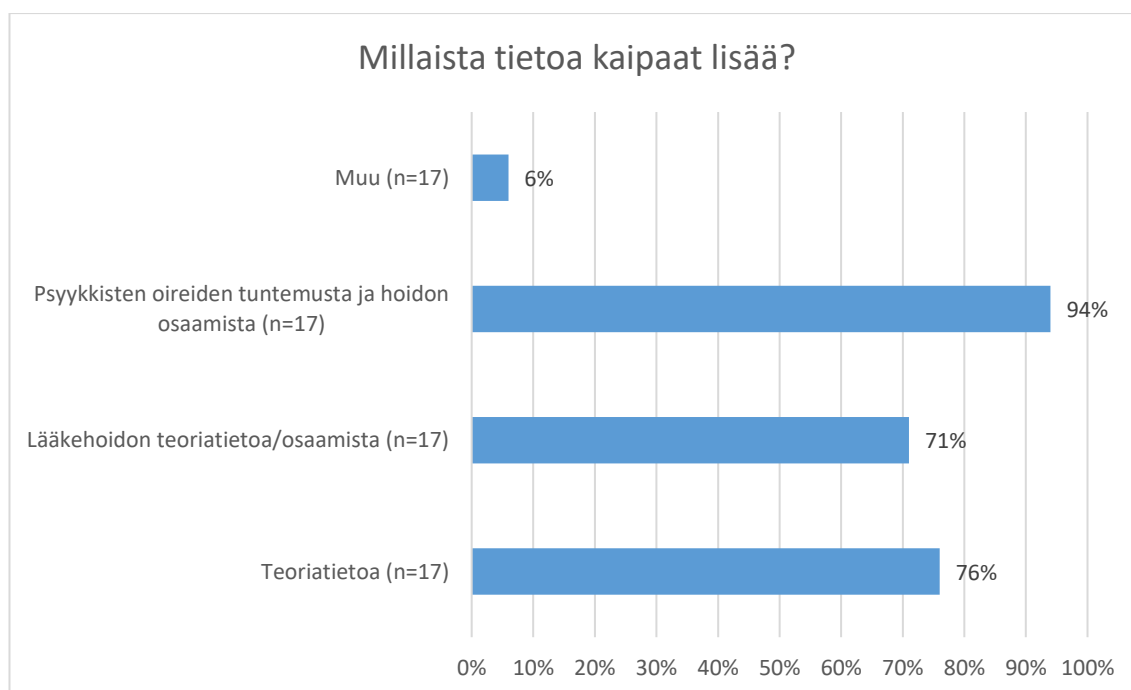


Kuvio 11. Lisätieto, joka auttaa keskustelemaan saattohoitoon liittyvistä asioista potilaan ja/tai läheisen kanssa (n=17)

Psykkisten oireiden tuntemus on vastaajien mielestä hieman tärkeämpi lisätieto, joka auttaa keskustelussa saattohoitoon liittyvistä asioista potilaan tai läheisen

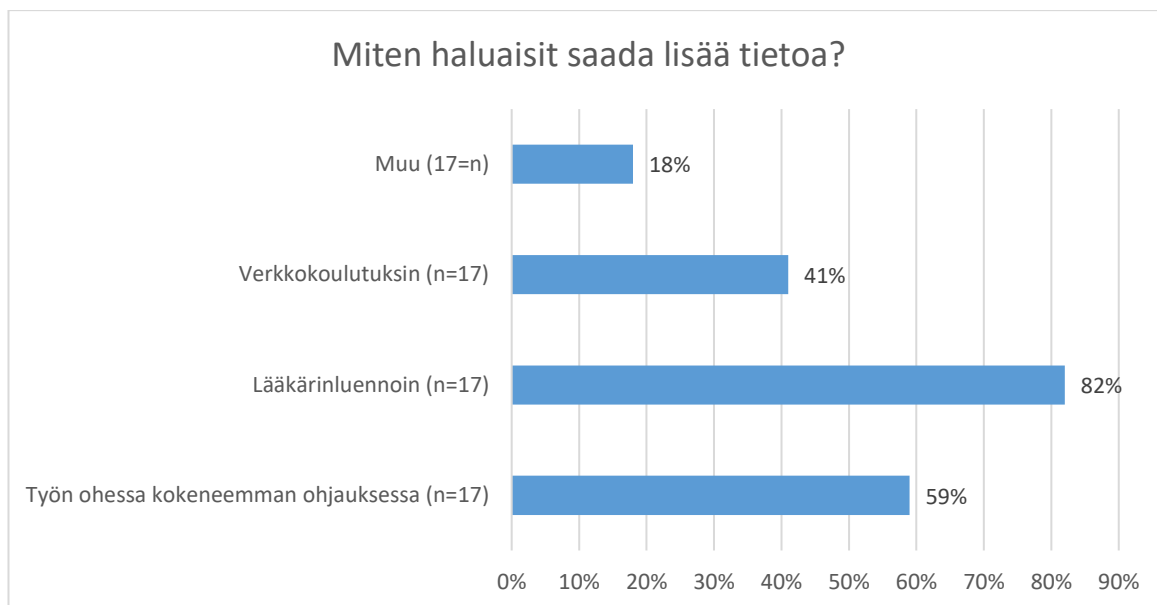
kanssa (kuvio 11) verrattuna lääkehoidon ja teorian tiedon ammatilliseen osaamiseen. "Muu" -vaihtoehtoista on selkeästi nostettu esille myös potilaan/läheisen kanssa keskustelu ja tutustuminen.

Tutkimuslomakkeen viimeisen osion toinen kysymys oli tarkoitettu selvittämään työntekijöiden kaipaaman tiedon sisältöä. Vastausten perusteella voitaisiin työntekijöille järjestää mahdollisia lisäkoulutuksia heidän tärkeäksi kokemistaan saatohoidon osaamisen osa-alueista.



Kuvio 12. Tieto, jota kaivataan lisää (n=17)

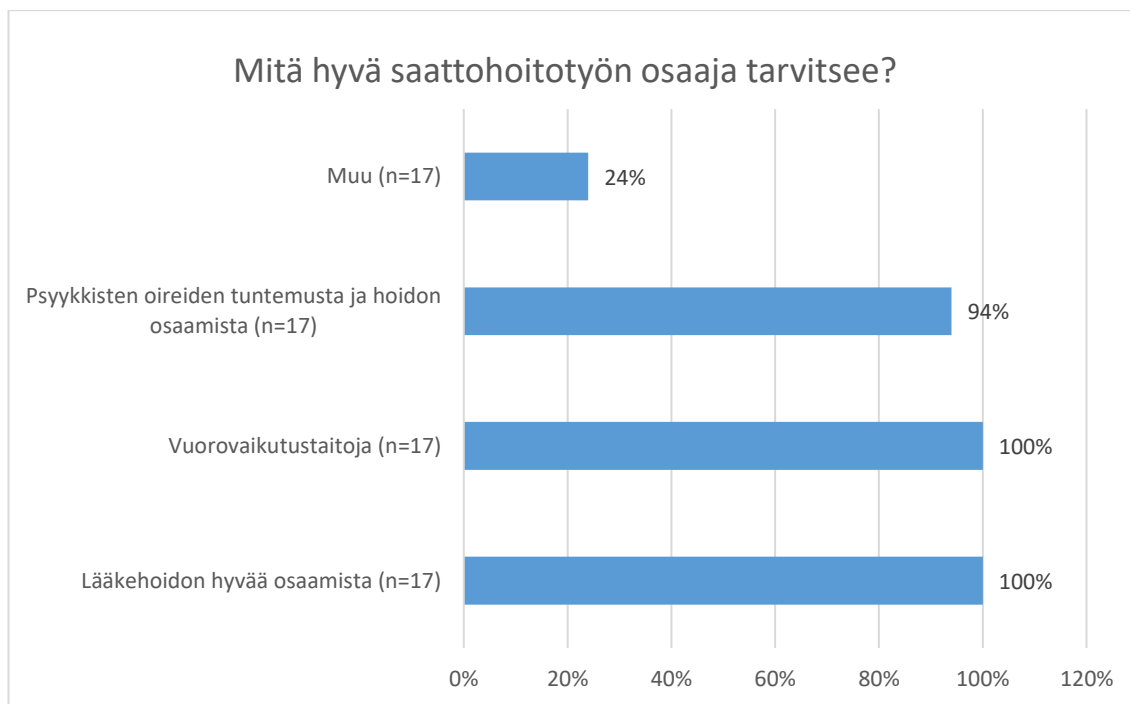
Asenneasteikosta selvinneen tiedon mukaan myös "kuvio 12" kertoo, että työntekijät kaipaavat eniten tietoa psyykkisten oireiden tuntemuksesta ja hoidon osaamisesta. Teorian tieto kivusta, hengenahdistuksesta, ravitsemuksesta, ummetuksesta, pahoinvoinnista ja nestehoidosta oli myös saanut merkittävästi valintoja (76 %) lääkehoidon teorian tiedon/osaamisen (71 %) kanssa.



Kuvio 13. Miten lisätietoa halutaan saada lisää (n=17)

"Kuviosta 13" voidaan nähdä, että eniten valintoja keinoista saada lisätietoa oli saanut lääkäriinluennot (82 %). Myös työn ohessa kokeneemman ohjauksessa sai valintoja 59 %. Muita keinoja lomakkeissa oli mainittuna koulutuspäivät, lähikoulutus ja luennot saattohoidon moniosaajilta.

Viimeinen monivalintakysymys oli tarkoitettu selvittämään hoitajien omaa mieltä hyvästä saattohoitotyön osaajasta. Kysymyksen avulla oli myös tavoite herätellä vastaajat vastaamaan viimeiseen avoimeen kysymykseen saattohoitotyön kehittämisestä omalla työpaikalla.



Kuvio 14. Hyvän saattohoitotyön osaajan taidot (n=17)

Työntekijät olivat yksimielisiä siitä, että hyvä saattohoitotyön osaaja tarvitsee vuorovaikutustaitoja sekä lääkehoidon hyvää osaamista toteuttaessaan saattohoitotyötä (kuvio 14). Psyykkisten oireiden tuntemus ja hoito sai valintoja 94 % vastauksista. Avoimista vastauksista luonteva toimiminen sekä aito ja kiireetön läsnäolo omaisten ja läheisten kanssa nousivat esille.

Viimeisen avoimen kysymyksen tuloksista ilmeni selkeästi halu kehittää omaa osaamista koulutusten avulla, kun puolet vastauksista käsittelivät omalta osaltaan toivomusta koulutusten järjestämisestä sekä osaamisen edistämisestä myös työn ohessa. Avoimia vastauksia tuli kokonaisuudessaan 59 % vastauksista (n=17). Kahdesta vastauksesta nousi toive mahdollistaa saattohoidettavalle vierihoitaja kuoleman lähestyessä. Kaksi vastauksista nosti esille myös toiveet selkeistä yhtenäisistä linjauksista saattohoidon osalta muun muassa kommentilla ”Osassa tapauksista voisi olla yhtenäinen linja”.

Kysymyksessä 11. (Liite 1) kysyttiin, millaista tietoa kaipaavat lisää saattohoidon toteutuksessa, jonka avoimessa vastauksessa luki ”kommunikointi omaisen kanssa”. Viimeisen avoimen kysymyksen vastauksessa täsmennettiin kyseistä vastausta kirjoittamalla ”koulutusta aiheesta, etenkin omaisiin yhteydenpidosta

saattohoidon asioissa”. Avointen vastausten perusteella saattohoidon toivottiin myös olevan luonnollinen osa hoivakodin arkea niin, että hoitajat, asukkaat, sekä omaiset antavat työn ansaitsemaa arvostusta saattohoitotyön toteutukselle.

7.4 Johtopäätökset

Läheisen ja potilaan surun kohtaamista ei koettu kovin vaikeaksi. On normaalia, jos hoitajan tunteet nousevat pintaan potilaan kuollessa, mutta surun kokeminen ei saa olla kuormittava tekijä. Suurin osa vastanneista ei kokenut potilaan kuolemaa henkisesti raskaaksi, joka auttaa jaksamaan niin, ettei kuoleman kohtaaminen ole liian kuormittavaa työssä. Työssäjaksamista tukevien asioiden osalta vastausten perusteella työntekijät kokivat asioiden olevan pääpiirteittäin hyvin. Työyhteisössä koettiin olevan avoin ilmapiiri ja keskustelu saattohoitoon liittyvissä asioissa työkavereiden kanssa koettiin helpoksi vastausten perusteella.

Saattohoitotyön toteutuksessa tuen saaminen niin työyhteisössä, kuin siviilissä on tärkeää ja tulokset osoittivat, että tuen saaminen koettiin hyväksi niin esimieheltä kuin työkavereilta hoivakodissa. Työyhteisössä yhteen hiileen puhaltaminen ja avun tarjoaminen ovat rikkaus, joka auttaa erityisesti raskaissa tilanteissa. Hoitajista puolet kokivat vähintään osittain hoitavansa paljon saattohoitopotilaita tällä hetkellä. Työnkierto ja työajanmuutos voisivat olla tehokkaita vaikuttamaan kokemuksen jakautumiseen tasapuolisemmin (Kan & Pohjola 2010).

Selkeää näyttöä siitä, että hyvä osaaminen auttaisi poistamaan riittämättömyyden tunnetta, ei vastausten perusteella pystytä osoittamaan, koska tulosten perusteella kokonaisuudessaan työntekijöiden osaaminen ja työssäjaksaminen oli hyvää. Mutta tulokset tukevat kuitenkin aiempaa tutkimusnäyttöä hyvän ammatillisen teoriatiedon omaamisen vaikutusta myönteiseen työssäjaksamiseen (ETENE 2004a). Vaikka suurin osa vastanneista kokivat esimerkiksi osaavansa huomioida potilas kokonaisvaltaisesti, he olivat kokeneet myös riittämättömyyden tunnetta. Riittämättömyyden tunne voi tulla esimerkiksi silloin, jos keinot auttamiseen ovat lopussa, vaikka avuntarve vielä jatkuisi.

”Yhteistyö läheisen kanssa on helppoa” -väittämän vastausten perusteella voidaan päätellä, että keskustelu läheisen kanssa voidaan useimmin kokea hankalaksi. Avointen vastausten perusteella potilaan ja läheisten tunteminen helpottivat keskustelua osittain. Psyykkisen tuen antaminen ja psyykkisten oireiden tunnistaminen voivat olla haasteellisia saattohoitopotilaan kohdalla. Lisätäkseen osaamistaan tunnistaa psyykkisiä oireita ja hoitamaan niitä, olivat työntekijät vastausten perusteella toivoneet lisää tietoa muun muassa psyykkisten oireiden tunnistamisesta ja hoidosta.

Tulosten perusteella hoivakodin työntekijät kokevat oman saattohoidon osaamisensa hyväksi, mutta ovat valmiita kehittämään osaamistaan entisestään. Vain 11 % ei osannut sanoa, miten koki oman osaamisensa potilaan kokonaisvaltaisessa arvioinnissa. Yksikään osaamisen osa-alue ei saanut huonoa tulosta. Puolet vastanneista kokivat osaavansa täysin perustella saattohoitotyön toteutusta teorian tietoon perustuen. Saattohoidon teorian tieto kivusta, hengenahdistuksesta, ravitsemuksesta, ummetuksesta, pahoinvoinnista ja nestehoidosta oli yksi saattohoidon osaamisen osa-alue, jota työntekijät olivat valmiita kehittämään lääkeshoidon teorian tiedon ja osaamisen kanssa.

Suurin osa vastanneista kokivat työpaikallaan saattohoidon ohjeet melko selkeiksi. 39 % vastanneista kokivat ohjeistuksen selkeäksi. Saattohoidon ohjeistus ja perehdytys ovat tärkeässä osassa työntekijän työn toteutuksessa, koska ne antavat varmuutta perustoimiin. Osittain samaa mieltä hyvän perehdytyksen saamisesta oli 67 % ja 11 % osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Vastausten perusteella joidenkin työntekijöiden saaman perehdytyksen kohdalla ei perehdytys ole toteutunut tarpeeksi hyvin. Hoidon yhtenäiset käytänteet koettiin tärkeiksi ja toive niiden toteutumisesta oli yhtenäinen vastausten perusteella.

Enemmistö vastanneista halusivat lisäkoulutusta ja tietoa koulutusmahdollisuuksista ja suurin osa halusi myös kehittää osaamistaan työn ohessa. Työn ohessa oman osaamisensa kehittäminen on väistämätöntä, silloin kun työntekijä reflektoi omaa toimintaansa ja perehtyy teoriaan. Psyykkisten oireiden hoitaminen ja tuntemus, saattohoidon teorian tieto ja lääkeshoidon osaaminen olivat ensisijaisia koulutustoiveita. Myös kivunhoidosta toivottiin saada lisäkoulutusta.

Enemmistö olivat täysin tai osittain valmiita lähtemään kehittämään osaamista työpaikan ulkopuolella. Tulosten perusteella lääkärinluennot oli ensisijainen vaihtoehto saada lisätietoa. Koulutuspäivät tai työpajat voisivat olla tehokkain tapa saada lisätietoa saattohoitotyön osa-alueista. Myös kokeneen saattohoitotyöntekijän taidot ja hoitajien kokemusten jakaminen dialogisesti voisivat antaa työkaluja kohdata saattohoidettavan läheisiä.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten pohdintaa

Hoivakodissa asuu vanhuksia, jotka eivät ole syystä tai toisesta enää kotikuntoutaisia. Osastojen välillä voi olla eroja, minkä kuntoisia hoidettavat ovat. Erot osastojen välillä voivat olla syynä siihen, miten kokemus saattohoidettavien hoitamisesta jakaantuvat. Toinen syy voi olla, että kysymyksen asettelu olisi pitänyt laittaa eri muotoon, että se olisi antanut enemmän tietoa siitä, miten hoitajat kokevat asian. Kysymys on liian tulkinnanvarainen sellaisenaan, joten sitä ei voitu käyttää tulosten analysoinnissa ollenkaan.

Omaisten kanssa luontevaan toimiseen ei voi saada kokemusta muutoin, kuin kohtaamalla paljon omaisia ja läheisiä. Työkokemus ja kokemustiedon jakaminen työkavereiden kesken voivat auttaa tuomaan lisänäkökulmia yhteistyöhön. Surevan potilaan ja läheisen kohtaaminen voi olla haasteellisempaa varsinkin silloin, jos hoitaja on luonteeltaan hyvin empaattinen. Hoitaja saa olla myös surullinen, mutta ammatillisuutta ei saa unohtaa, jolloin hoitaja on tuen antajan asemassa kokemistaan tunteista huolimatta. Työn tuoma kokemus voi auttaa käsittelemään omia tunteitaan tai sitä voi opetella.

Työntekijän perehdyttäminen saattohoitotyöhön on tärkeässä asemassa osaamisen edellyttämisen kannalta. Yhtenäiset käytänteet ja ”yhteen hiileen” puhaltaminen helpottavat omalta osaltaan hoitotyön toteutusta. Erimielisyydet työyhteisössä kuormittavat liikaa työntekijää, mikä heijastuu myös potilaan/läheiseen

kohtaamiseen. Tulosten perusteella ilmapiiri oli kuitenkin hyvä hoivakodissa. Tasapuolinen työnjako ja tiedon jakaminen ovat merkittäviä ehkäisemään erimielisyyksiä. Työpaikan saattohoito-opas koettiin suurimmalta osin hyvänä työkaluna, mutta merkittävä osa vastanneista ei ollut osannut sanoa mielipidettään. Syynä tähän voi olla perehdytyksen puutteellisuus tai se, etteivät työntekijät tiedä saattohoito-oppaasta. Olisi hyvä muistuttaa työntekijöitä saattohoito-oppaasta ja sen merkityksestä tiedonlähteenä työntekijöille.

Mielestämme tulokset puoltavat aiemmin teoriaosiossa koulutuksesta perusopinnoissa kertomiamme puutteita. Työntekijöiden pääasiallinen saattohoidon osaaminen on karttunut työnteon ohessa ja suurin osa on kokenut (44 %), että peruskoulutuksesta saatu teoriatieto ei ole tarpeeksi riittävää. Peruskoulutuksessa lisää saattohoidon opintoja olisi toivonut 79 % vastanneista. Saattohoidon koulutuksen kehittäminen on ollut ajankohtainen valtakunnallisesti jo jonkin aikaa.

Keskustelussa johtajan kanssa pohdimme asioita vanhusten kotona pärjäämisestä ja sen olettamisesta. Nykypäivänä yhä huonokuntoisempi vanhus pyritään hoitamaan kotona vaikka selkeä tarve olisi tehostetumman hoidon piirissä, mutta resurssit hoidon järjestämiseen ovat puutteelliset. Edellytyksenä saattohoidon toteuttamiseen kotona olisi ensin mielestämme tärkein selvittää potilaan oma tahto ja vasta sen jälkeen muut vaaditut kriteerit kotisaattohoidon toteutumiselle. Kotona kuoleminen voidaan vielä kokea pelottavana ja turvattomana.

Mielestämme on hyvä, että psyykkisten oireiden tunteminen on katsottu tärkeäksi. Läheisten tiivis osallistuminen voi tuottaa haasteita hoitotyöhön, minkä vuoksi avoin kommunikaatio ja keskustelutaidot auttavat toimivassa yhteistyössä. Ammatillisen teoriatiedon osaaminen ja vuorovaikutustaidot auttavat hoitajia antamaan psykoedukaatiota niin läheisille kuin potilaalle. Myös vuonna 2015 valmistuneen tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstö on kokenut tarvetta lisäosaamiselle kuolemasta keskustelemisen ja kärsimyksen lievittämisen keinoihin ja yleisesti tukea kuolemaan suhtautumiseen. (Peake & Surakka 2015a).

Somaattisten ja psyykkisten oireiden tuntemus ja niiden erottaminen toisistaan ovat avainasemassa oikeanlaisen hoidon antamiseen ja avun tarjoamiseen ja

niistä potilaan ja läheisen kanssa keskustelemiseen. Kivunhoidossa on tärkeää se, ettei potilaan kipua koskaan vähätellä, koska jokainen kokee kivun eri tavalla. Mielestämme hoitohenkilöstö on valveutuneita kehittämään osaamistaan entisestään, niin kuin hoitajan työnkuvaan kuuluukin, vaikka osaaminen nykyisellään olisikin riittävää. Koskaan ei voi olla valmis ja tietää kaikkea oman työnsä kohdalla.

Vanhusten hyvinvointi on eettisesti sekä taloudellisesti hyvin merkittävä kysymys nyky-yhteiskunnassa. Vanhusten hoito ja hoidon osaaminen ovat arvokkaita taitoja, koska työ vaatii osaamista monilla eri aloilla ja osaamisen kehittäminen on tärkeää. Vastausten joukosta nousi esille toive työn arvostuksen lisäämisestä niin hoitajien, potilaiden, kuin omaisten keskuudessa. Hoitajan on pyrittävä työssään edistämään elämänlaatua ja pitämään huolta vanhuksen asemasta ja oikeuksista niin, että se kohtaa hoidettavan yksilölliset tarpeet. Vierihoidon kuolevan potilaan kohdalla on myös koettu tärkeäksi ja resurssien puute tällä hetkellä ovat vähentäneet sen toteutumista. Toiveena oli, että jokainen vierihoidon toivova olisi oikeutettu saamaan vierihoidon ilman, että hän olisi sekava tai kivulias.

Kuntouttavan työotteen mukaan vanhuksia täytyisi kannustaa toimimaan itse niin kauan, kun he kykenevät yksilöllisten voimavarojensa mukaan tekemään. Kannustus ja motivointi itsenäiseen toimintaan vaikuttavat siihen, kuinka riippuvaisia potilaat ovat hoitajista. Voimien ehtyessä hoitajan merkitys vanhuksen hoidossa kasvaa, ja potilaista tulee loppua kohden täysin riippuvaisia hoitajiinsa. Vanhuksen näkemys elämänlaadusta on erilainen kuin nuoremmalla henkilöllä, koska kokemuksia on kertynyt paljon elämän aikana, tällöin hoitajan ydintehtävänä olisi edistää hänen vuorovaikutustaan ympäristön kanssa sekä fyysistä ja henkistä toimintaa (Parviainen 1998). Sairaanhoitajan keskeisimpiä työkaluja työssään ovat havainnointikyky ja vuorovaikutustaidot, jotka korostuvat saattohoidettavaa potilasta hoidettaessa.

Sairaanhoitajan oman persoonan tuominen työhön tuo rikkautta koko työyhteisöön. Aito läsnäolo, vuorovaikutustaidot ja kuuntelemisen taito ovat merkittäviä sairaanhoitajan ominaisuuksia hoitotyössä. Herkkä havainnointikyky ja ammatil-

lisen tiedon ja taidon käytäntöön tuominen ja jakaminen auttavat hoitajaa toteuttamaan potilaan hoidon tarpeisiin vastaavaa työtä. Laaja hoitotieteen käytäntöön perustuvan hoitotyön osaaminen ja kokemus saattohoitotyössä ovat mielettämme peruspilari, joka tukee henkistä työssäjaksamista.

8.2 Tutkimuksen eettisyys, validiteetti ja reliabiliteetti

Tieteelliset tiedot, taidot ja oikeat toimintatavat valitussa tutkimusmenetelmässä ovat edellytys eettisesti kestäväälle tutkimukselle. Tutkimuksen tekijöiden on oltava rehellisiä ja avoimia tutkimuksen toteutuksessa ja tulosten tallentaminen sekä esittäminen ja arviointi on suoritettava huolellisesti. Tutkijan on huolehdittava myös siitä, että vastaajien tunnistettavuus on mahdotonta selvittää tulosten perusteella. Validiteetin, eli pätevyyden ja reliabiliteetin, eli luotettavuuden arviointi kuuluvat myös tutkijan tehtäviin toteuttaakseen tutkimuksen hyvän tutkimusetiikan mukaisesti. (Kuula 2014, 34.) Päädettyämme tutkimusongelman oli selvää, että kyseessä on määrällinen tutkimus, koska se antaa parhaiten tietoa toimeksiantajalle ongelmasta. Tutkittava ilmiö on saattohoidon osaaminen, joka on tunnettu entuudestaan. Tunnettua ilmiötä voidaan tarkastella määrällisen, eli kvantitatiivisen tutkimuksen keinoin. (Kananen 2010, 18.)

Kyselylomaketutkimuksen validiteetti kuvaa sitä, miten hyvin tutkija on onnistunut kyselyllään hankkimaan mitattavissa olevaa tietoa tutkimukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Validiteetti vaikuttaa tutkimuksen reliabiliteettiin siinä mielessä, jos tutkimuksessa ei ole tutkittu sitä mitä alun perin piti, ei tuloksia voida tulkita luotettavina tutkimusongelmaan nähden. Validiteettia on vaikeata arvioida jälkikäteen, mutta arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota siihen, miten hyvin tutkija on onnistunut käyttämään teoriassa esiintyneitä käsitteitä ja ajatuskokonaisuutta kyselylomakkeessa. Tulokset vääristyvät, jos vastaaja on ymmärtänyt kysymyksen toisin, kuin tutkija on tarkoittanut, joka voi aiheuttaa systemaattisen virheen, joka vaikuttaa koko aineistoon ja heikentää merkittävästi tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. (Heikkilä 2014, 177 - 178; Vilka 2009, 161 - 162.)

Opinnäytetyön prosessi eteni alkuun hitaasti ja suunnitelmallinen toiminta ei ollut kaikkein vahvimillaan heti prosessin alussa. Hajanaiset aikataulut ja katkonainen tietoperustan kirjoittaminen toivat haasteita välillä palata työn pariin. Suunnitelmallinen toiminta kuitenkin vahvistui prosessin loppua kohti, jolloin pidettiin myös jonkinäköistä tutkimuspäiväkirjaa. Parin kanssa yhdessä sovitut säännöt ja tavoitteet rytmittivät työskentelyä ja työtehtäviä pystyi jakamaan tasapuolisesti. Tietoperustan teoriaosuus kirjoitettiin lähteisiin viitaten opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti ja lähteitä tarkasteltiin asiaankuuluvalla kriittisellä otteella käyttäen mahdollisimman tuoreita ja asianmukaisia lähteitä. Saattohoidosta Pohjois-Karjalassa käytettiin yhtenä lähteenä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän internetsivuja. Vaikka kyseistä yhtymää ei ole enää olemassa sote-palvelurakenteen muutoksen takia niin tiedot ovat edelleen paikkansa pitäviä, mutta niitä ei vielä löydy Siun sote:n -internetsivuilta.

Aineiston kerättiin käyttäen tarkoituksenmukaista menetelmää ja kyselylomake testattiin riittävän hyvin ennen kyselyn toteutusta. Kyselylomakkeen muuttujat mietittiin tarkasti yhdessä toimeksiantajan kanssa niin, että ne vastaisivat mahdollisimman hyvin tutkimuksen tarkoitukseen ja tavoitteeseen. Asenneasteikon 5-portaista asteikkoa olisi pitänyt vielä miettiä kauaskantoisemmin. Vastausten tulkinta olisi saattanut olla helpompaa, jos portaikkojen sanamuotoa oli tehty selkeämmäksi, kuten ”täysin samaa mieltä” ja ”samaa mieltä”, kun tutkimuslomakkeessa ne olivat ”täysin samaa mieltä” ja osittain samaa mieltä”. Saatekirjeessä kerrottiin avoimesti siitä, mitä varten kysely tehdään ja kuka sen toteuttaa. Kyselyyn vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen ja vastaajien anonymiteetti turvattiin tulosten raportoinnissa poistamalla tuloksista taustamuuttujatieto, joka olisi voinut mahdollistaa tunnistettavuuden tulosten perusteella. Tutkimusaineistoa tarkasteltiin puolueettomasti ja aineisto säilytettiin luottamuksellisen aineiston tavoin niin, ettei sitä päässyt tarkastelemaan yksikään ulkopuolinen henkilö.

Kaikki vastaukset käytettiin aineiston analysoinnissa, koska niiden katsottiin olevan arvokkaita tutkimusongelman kannalta. Jos puutteita ilmeni, niistä kerrottiin raportoidessa tuloksia. Tutkimuksessa käytettiin kokonaisotantaa mahdollisimman kattavan tiedon saavuttamiseksi. Kokonaisotanta voi heikentää kvantitatiivi-

sen aineiston anonymiteettiä, koska tiedetään otos kokonaisuudessaan. Merkittävintä on silloin tarkastella aineistoa kokonaisuutena ja harkita tarkkaan taustamuuttujien merkitys tunnistettavuudelle verrattuna tulosten reliabiliteettiin. Taustamuuttujia voi tarvittaessa jättää pois tai luokitella uudelleen tilanteen niin vaatiessa. (Kuula 2014, 209 - 211.)

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että tutkimus on toistettavissa niin, että aineistosta olisi mahdollista saada samat tutkimustulokset toistettaessa tutkimuskerrottujen menetelmien ja vaiheiden mukaan kenen tahansa toteuttamana. Raportointi tehdään avoimesti ja prosessin menetelmät ja vaiheet kuvataan mahdollisimman tarkasti tutkimuksessa. Prosessi kuvattiin niiltä osin avoimesti, kun se oli mahdollista ja kyselylomake ja saatekirje (liite 2.) liitettiin tutkimuksen loppuun. Tutkimuksen heikkoudet on tuotu avoimesti ja rehellisesti julki, mikä vahvistaa tutkimuksen eettisyyttä. Tulosten luotettavuutta heikentää se, että tutkijoilla on pelkästään oletus siitä, että ne on ymmärretty niin, kuin kysymysten asettelija on tarkoittanut. Vastauksia kuitenkin pyrittiin analysoimaan niiltä osin, kuin ne oletettiin oikein ymmärretyiksi. Kysymysten asettelussa olisi pitänyt joidenkin kysymysten osalta vielä tarkemmin määritellä kysymyksen muoto. (Vilkka 2005, 161.)

Tulosten luotettavuutta heikentää omalta osaltaan tulosten analysoinnin osittain puutteelliset taidot ja ohjelma, millä tulokset analysoitiin ja taulukoitiin. Tulokset on esitetty sellaisinaan, eikä niille ole tehty tilastollisia testauksia luotettavuuden osoittamiseksi. Myös vähäinen vastausten määrä aiheuttaa sen, ettei tuloksia voida yleistää, vaikka vastausprosentti oli hyvä siihen nähden, mitä kyselylomaketutkimukselta voi odottaa. Mitä pienempi otos on, sen suuremmaksi sattumanvaraisten tulosten määrä kasvaa. Palautuneiden tutkimuslomakkeiden määrään ei voi tutkija vaikuttaa enää sen jälkeen, kun on pyrkinyt tekemään mahdollisimman selkeän tutkimuslomakkeen ja saatekirjeellään motivoimaan vastaajia vastaamaan kyselyyn. Tulosten analysointivaiheessa huomattiin myös, että yhteen tutkimuskysymykseen oli vaikeata saada tilastollisesti luotettavaa vastausta, vaan vastaus perustui johtopäätöksiin aineiston perusteella. (Heikkilä 2014, 178.)

8.3 Oppimisprosessi

Olimme ottaneet yhteyttä yksityisten hoivakotien aluejohtajaan sähköpostitse jo aikaisemmin syksyllä 2017, kun esittelimme alkuperäistä opinnäytetyön aihetta eutanasiasta. Aihe kiehtoi molempia ja se, miten jo työelämässä oleva hoitohenkilökunta suhtautuu asiaan. Lähempi tutkimus osoitti, että se olisi lähes mahdollonta toteuttaa, koska tietoa löytyi erittäin vähän ja aihe oli arka, ja Suomessa eutanasia lakia ei ole vielä olemassa. Eutanasia laki oli eduskunnan käsittelyssä, mutta se kääntyikin saattohoitoon ja sen osaamiseen ja yhtenäiseen käytäntöön. Aluejohtaja lupasi välittää viestini Joensuun alueen hoivakotien johtajille. Päätimme hylätä alkuperäisen aiheemme, koska katsoimme sen olevan mahdollisesti tulevaisuuden aiheita.

Saattohoito ja sen toteuttamisen kehittäminen on noussut esille vuosien mittaan. Marraskuussa 2017 oli eduskunnassa kuulemistilaisuus eutanasia-aloitteesta. Kuulemisen uutisoinnin yhteydessä kävi ilmi, että asian käsittely venyy kiireiden takia ja eutanasian sallimisen puolesta olisi oikea aika keskittyä paremman saattohoidon takaamiselle (Kinnunen 2017). Päädyimme vaihtamaan aihetta saattohoidon pariin ja mietimme sopivaa tarkastelukulmaa asiaan. Samaan aikaan gerontologisen asiakaslähtöisen hoitotyön opintojakson yhteydessä saattohoidon tilannetta tutkiessamme huomattiin, että saattohoidon koulutus voisi olla kiinnostava aihe. Tästä meille molemmille heräsi kysymyksiä saattohoitotyön osaamisesta, siihen liittyvästä työntekijöiden jaksamisesta ja kivun hoidosta. Huomasimme, että aihe herätti paljon keskustelua mm. opintotuntien aikana. Opintojakson tehtäviin kuului perehtyä syvemmin itsevalittuun aiheeseen, ja me valitsimme palliatiivisen hoidon ja saattohoidon, josta pidimme luennon muulle luokalle.

Tehtävää tehdessä luimme aiheesta paljon ja mielenkiintomme heräsi. Tietoa löytyi paljon erilaisista tutkimuksista, kirjoista ja internetistä. Näissä oli käsitelty sitä, miten työntekijät jaksavat, koska työssä ollaan tekemisissä kuolevan potilaan kanssa ja sitä miten paljon yhteneväiset käytänteet helpottaisivat hoitohenkilökunnan taakkaa sekä miten tärkeää on jatkuva kouluttautuminen saattohoitoalalla. Keskustelimme aiheesta muutaman hoivakodin johtajan kanssa, josta lopulta löysimme toimeksiantajan, joka oli myös kiinnostunut aiheesta. Häneltä

tuli paljon vinkkejä, miten suorittaisimme kyselyn ja minkälaisia kysymyksiä kannattaisi kysyä, mikä on heidän tarpeensa, osaaminen, kivunhoito ja minkälaista koulutusta saattohoitotyöntekijät haluaisivat. Kyselyn tarkoituksena oli järjestää hoitajille heidän tarvitsemansa koulutus.

Tutkimuksessa huomasimme epäkohtia, esimerkiksi potilaan kivunhoidon toteuttamisessa. Monessa lähteessä painotettiin, että saattohoitotyö on vahvasti kytköksissä potilaan omaisiin ja läheisiin. Työntekijä ei ainoastaan työskentele potilaan kanssa, vaan hänen on huomioitava potilaan lähiverkosto, ja tämä jatkuu jopa kuoleman jälkeiseen elämään erilaisina tukitoimina. Saattohoitotyö on tässä mielessä erilainen kuin muu hoitotyö. Huomasimme myös, miten tärkeää on painottaa hoitotahdon tekemistä, mikä mielestämme kuuluu hoitohenkilökunnan velvollisuuksiin, siinäkin mielessä, että työskentely hoidettavien kanssa olisi yksilöllistä ja helpompaa. Tämä tieto olisi hyvä jakaa myös omaisille ja läheisille.

Opinnäytetyön tekemistä helpotti se, että toinen meistä oli tehnyt sen jo aiemmin aikaisemmassa koulutuksessa. Työstimme aihetta paljon yhdessä, ja tehtävät jaettiin tasapuolisesti. Molempien osaamisen osa-alueet täydensivät sopivasti toisiaan. Opinnäytetyön tekemistä helpotti paljon viime syksyn perehtyminen saattohoitotyöhön. Opimme tutkimuksen tekemiseen vaadittavia taitoja ja syvensimme osaamistamme saattohoidon osalta, mikä on hyödyllistä ajatellen tulevaisuuden työhön suuntautumista. Excel-taulukkolaskentaohjelman käyttö osoittautui haasteelliseksi ja se jätti osittain puutteelliseksi tilastollisen aineiston käsittelyn. Kuvioissa esitetyt tulokset ovat kuitenkin jo sellaisenaan arvokasta tietoa toimeksiantajalle. Ilman tämän opinnäytetyön tuloksia, ei työntekijän jaksamisesta tai osaamistarpeista voi saada tietoa, minkä perusteella joitakin osa-alueita voitaisiin kehittää.

8.4 Hyödynnettävyys ja jatkokehittämisasiheet

Hoivakodin olisi hyvä järjestää työntekijöilleen mahdollisesti lääkäriluentoja psyykkisten oireiden tunnistamisesta ja hoidosta, saattohoidon teoriasta (kivusta,

hengenahdistuksesta, ravitsemuksesta, ummetuksesta, pahoinvoinnista ja nestehoidosta) ja lääkehoidosta. Koulutuspäivä tai jokin henkilöstön yhteinen päivä, milloin voisi jakaa tietoja ja taitoja sekä kokemuksia saattohoidosta eivät olisi myöskään huono idea. Työntekijät olisivat valmiita lähtemään lisäkoulutuksiin myös työpaikan ulkopuolelle, minkä edellytyksenä olisi säännöllinen lisätiedon jakaminen saattohoidon mahdollisista koulutuksista. Verkkokoulutuksiin on helppo osallistua paikasta riippumatta. Hoivakodissa jo olevan saattohoito-oppaan merkitystä työkaluna käytännön työn toteutukseen voisi tuoda esille enemmän työntekijöiden keskuudessa.

Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää jatkossa toiminnallisen opinnäytetyön pohjana, jonka tavoitteena voisi olla tuottaa opetusmateriaali sekä koulutuspäivä hoivakodin henkilöstölle. Opinnäytetyön tulosten perusteella voi myös pyrkiä ylläpitämään ja edesauttamaan henkilöstön työssäjaksamista esimerkiksi työpajalla.

Lähteet

- Anttonen, M., Grönlund, A., Erjanti, H. & Kiuru, S. 2014. Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy.
- Anttonen, M.-S., Lehtomäki, S. & Murtonen, I. 2011. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteerit, Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry <https://www.sphy.fi/@Bin/130228/Kriteerit.pdf>. 19.3.2018.
- Epiphanidou, E., Hamilton, D., Bridger, S., Robinson, V., Rob, G., Beynon, T., Higginson, I. & Harding, R. 2012. Adjusting to the caregiving role: the importance of coping and support. *International Journal of Palliative Nursing*. 18 (11), 541 - 545. [http://web.b.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=66b1dfb6-5a9a-4479-a6fc-2e9dbe10ff4f%40sessionmgr102](http://web.b.ebscohost.com/tietopalvelu/karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=66b1dfb6-5a9a-4479-a6fc-2e9dbe10ff4f%40sessionmgr102). 26.4.2018.
- Duodecim. 2016. Saattohoito-verkkokoulutus julkaistu oppiportissa. <https://www.duodecim.fi/2016/06/03/saattohoito-verkkokoulutus-julkaistu-oppiportissa/>. 26.3.2018.
- ETENE. 2004a. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE-julkaisu4. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e>. 26.3.2018
- ETENE. 2004b. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. <http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>. 26.3.2018
- Fimea. 2015. Lääkehoidon arviointi. www.fimea.fi/documents/160140/.../28383_Laakehoidon_arviointi_9.2.2015.pdf. 5.5.2018
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Kapulainen, H. 2017. Saattohoito – Opas hoitajille. docplayer.fi/24032277-Saattohoito-opas-hoitajille.html. 6.5.2018
- Kinnunen, P. 2017. Saattohoidon vahvistaminen sai tukea eutanasia-aloitteen kuulemisessa eduskunnassa. Yle-uutiset. <https://yle.fi/uutiset/3-9923900>. 22.3.2018.
- Kuula, A. 2015. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Käypä hoito. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=hoi50063. 6.5.2018.
- Larkin, P. 2004. Education and scholarship in palliative care. Teoksessa Ingleton, C., Payne, S & Seymour, J. (toim.). *Palliative care nursing - Principles and evidence for practise*. New York: McCraw-Hill companies, 591-603.
- Lehto, A.-M., Sutela, H. & Pärnänen, A. 2015. Työn henkinen ja ruumiillinen rasittavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita

- 2015:33. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74695/Ty%C3%B6n%20henkinen%20ja%20ruumiillinen%20rasittavuus.pdf>. 26.4.2018.
- Melvin, C.S. 2012. Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying? *International Journal of Palliative Nursing*. 18 (12), 606 - 611. <http://web.a.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=a8c80892-ac37-40a1-8f12-dd66271a579b%40sessionmgr4006>. 26.4.2018.
- Mustonen, J. 2015. Näkemyksiä ja visioita palliatiivisesta hoidosta Pohjois-Karjalassa. Teoksessa Myller, H. (toim.). *Palliatiivinen hoito Pohjois-Karjalassa – Inhimillisesti potilaan parhaaksi*. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. Joensuu: LaserMedia Oy, 49-51.
- Myller, H. 2015. Palliatiivinen hoito Pohjois-Karjalassa - Kehittämistyötä vuosikymmenten ajalta. Teoksessa Myller, H. (toim.). *Palliatiivinen hoito Pohjois-Karjalassa – Inhimillisesti potilaan parhaaksi*. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. Joensuu: LaserMedia Oy, 8-13.
- Paletti. 2015. Paletti -Palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa <http://www.karelia.fi/paletti/images/materiaali/pdf/Paletti.pdf>. 16.3.2018.
- Parviainen, T. 1998. *Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön*. Helsinki: Tammi.
- Peake, M. & Surakka, L. 2015a. Saattohoitosuunnitelma Pohjois-Karjalassa. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/620422/Saattohoitosuunnitelma+versio+1+-+3.2.2014.pdf/80ae79d7-92da-4f24-a51f-2dde1d52ecbc>. 24.3.2018.
- Peake, M. & Surakka, L. 2015b. Maakunnallinen palliatiivisen ja saattohoidon toimintamalli. Paletti -Palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa. <http://www.karelia.fi/paletti/images/materiaali/PDF/Loppuseminaarin%20esitys%20-%20Minna%20ja%20Leena%2010022015.pdf>. 19.3.2018.
- Pelkonen, R. 2015. Palliatiivisen hoidon eettinen perusta. Karelia-ammattikorkeakoulu. <http://www.karelia.fi/paletti/images/materiaali/PDF/R.%20Pelkonen.pdf>. 16.3.2018.
- Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa - Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukses. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aNB%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 19.3.2018.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2015. Saattohoitopotilaan palveluketju. <http://www.pkssk.fi/en/saattohoitopotilaan-palveluketju>. 16.3.2018.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2017. Kotisaattohoito -saattohoitoa kotona. <http://www.pkssk.fi/en/kotisaattohoito;jsessionid=398833BEBA9A334A6C4A74AD3FCA2534.node1>. 16.3.2018.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä. 3.painos. <https://www.ppsHP.fi/dokumentit/Hoitoohje%20sisllytystyyppi/Saattohoito-ohjeistus.pdf>. 6.5.2018.

- Saarto, T. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%c3%a4rjest%c3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 16.3.2018.
- Selman, L. - E. 2017. The Effect of Communication Skills Training for Generalist Palliative Care Providers on Patient-Reported Outcomes and Clinician Behaviors: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*. 54 (3), 404 - 416. [http://www.jpss-mjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30311-1/pdf](http://www.jpss-mjournal.com/article/S0885-3924(17)30311-1/pdf). 26.3.2018.
- Sosiaali ja terveysministeriö. 2018. Sairaanhoitopiirit ja erityisvastuualueet. <http://stm.fi/sairaanhoitopiirit-erityisvastuualueet>. 26.4.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017a. Hoitotahto. <https://thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/lomakkeet/hoitotahto>. 26.3.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017b. Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantymisen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>. 19.3.2018.
- Valvira. 2017. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös). http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta. 26.3.2018.
- Vanhustyön keskusliitto. 2015. Hyvän saattohoidon muistilista kaavio. Kuolevan hyvä hoito -hanke. http://www.vtkl.fi/document/1/1908/843ead2/Hyvan_saattohoidon_muistilista_kaavio_indd.pdf. 26.3.2018.
- Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Karelia Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Attendo Oy, Jyrin hoivakoti Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti)		
	Työn aihe T önteki'än •aksaminen 'a osaamista eet saattohoito össä ksi isessä hoivakodissa		
Tekijä	Nimi Si • a Ristimäki, Siiri Tanskanen	Opiskelijanumero	
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin		
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoidon hoito a	Ryhmätunnus STHASI	
Karelia-amk	Yhteyshenkilön nimi (Ohjaaja) Elina L ikäinen, Suvi Liimatta	Tehtävänimike O innä e ö n oh'aa•a/o etta•a	
	Toimipaikka ja osoite Tikkarinne 9, 80200 Joensuu		
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja Ohjaaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
Dokumentointi	Karelia-amk:ssa toteutetaan avointa toimintakulttuuria, mikä tarkoittaa, että myös opinnäytetöiden aineistot ja tulokset avataan soveltuvin osin erillisen ohjeistuksen mukaisesti (ml. avoin julkaiseminen). Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukainen kirjallinen raportti, joka julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa tai josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun ki •astoon. T ö arkistoidaan Karelia-amk:n kir•astoon sähköisessä muodossa.		
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus hyödyntää tuloksia omassa opetuksessa ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassaan. Sopijaosapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.		
Keksinnöt	Jos Tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ensisijaisesti Toimeksiantajan tai niiden puuttuessa ammattikorkeakoulun keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.		
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on, Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.		
Salassapito	Ohjaajalla ja opinnäytetyön Tekijällä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin viiden vuoden ajan. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään erillistä salassapitosopimusta.		
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) saman sisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
Toimeksiantaja	MAARIT ALKINEN / ATTENDO	[Signature]	
Tekijä	Siiri Tanskanen Ristimäki	[Signature]	
Karelia-amk	Elina Luukkainen	[Signature]	

Saattohoitotyön työssäjaksamisen ja osaamisen edistäminen

Saatekirje

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Karelia ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä työpaikkasi saattohoidosta ja työssäjaksamisesta.

Työmme tarkoitus on edistää työssäjaksamista ja osaamista saattohoidon osalta. Tavoitteenamme on selvittää mitä saattohoidon osaamisen kehittämistoiveita työyksikössänne on.

Kyselyn avulla saamme tietoa työssäjaksamisesta ja osaamisesta työntekijän näkökulmasta. Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä, eikä henkilötietoja voi selvittää jälkikäteen.

Kyselylomake sisältää kolme osiota, joista ensimmäinen ja viimeinen osio sisältävät kysymyksiä, joissa on valittavana neljä eri vaihtoehtoa. Kesimmäisessä osiossa kysymykset ovat väittämiä ja vastausvaihtoehtoina on viisi kohtaa, joista vastaajan tulee valita itselleen sopivin vaihtoehto.

On tärkeätä, että saamme vastauksen jokaiseen kohtaan, niin saamme mahdollisimman kattavaa tietoa, jonka perusteella voimme saavuttaa opinnäytetyömme tavoitteet.

Kiitämme lämpimästi vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin,
Sairaanhoitajaopiskelijat
Sirja Ristimäki,
Siiri Tanskanen,

Taustatiedot

1. Mikä on koulutuksesi

Merkitse vain yksi soikio.

- ☐ Sairaanhoitaja
☐ Lähihoitaja
☐ Mieleterveyshoitaja
☐ Muu:

2. Kuinka kauan valmistumisestasi on aikaa?

Merkitse vain yksi soikio.

- ☐ 1-5 vuotta
☐ 6-10 vuotta
☐ 11-15 vuotta
☐ yli 16 vuotta

3. Kuinka kauan olet ollut töissä nykyisessä työpaikassasi?*Merkitse vain yksi soikio.*

- ☐ 0-1 vuotta
- ☐ 2-5 vuotta
- ☐ 6-10 vuotta
- ☐ yli 11 vuotta

4. Miten saattohoidon osaamisesi on rakentunut?*Valitse kaikki sopivat vaihtoehdot.*

- ☐ Hoitotyön perusopinnoissa
- ☐ Työn ohessa
- ☐ Saattohoidon lisäkoulutuksissa
- ☐ Muu: _____

Saattohoitotyö työpaikallasi

Valitse seuraavalta sivulta alkaviin väittämiin itsellesi sopivin vaihtoehto.
Vastaathan jokaiselle riville, kiitos.

5. Saattohoitotyö ja työssäjaksaminen*Merkitse vain yksi soikio riviä kohden.*

	1 Täysin samaa mieltä	2 Osittain samaa mieltä	3 En osaa sanoa	4 Osittain eri mieltä	5 Täysin eri mieltä
Hoidan paljon saattohoitopotilaita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saattohoitotyö on henkisesti raskaampaa, kuin normaali hoitotyö.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saattohoitotyö on fyysisesti raskaampaa, kuin normaali hoitotyö.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen usein etten tiedä mitä tekisin auttaakseni saattohoitopotilasta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen usein riittämättömyyden tunnetta toteuttaessani saattohoitotyötä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voin puhua avoimesti omista kokemuksistani työyhteisössäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saan riittävästi tukea työkavereiltani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saan riittävästi tukea esimiehiltäni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minun on helppo puhua työkavereiden kanssa saattohoitoon liittyvistä asioista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työyhteisössäni on yhtenäiset käytänteet toteuttaa saattohoitoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työyhteisössäni on erimielisyyksiä saattohoidon käytännön toteuttamisesta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Saattohoitotyön toteutus*Merkitse vain yksi soikio riviä kohden.*

	1 Täysin samaa mieltä	2 Osittain samaa mieltä	3 En osaa sanoa	4 Osittain eri mieltä	5 Täysin eri mieltä
Osaan antaa psyykkistä tukea saattohoidettavalle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan antaa psyykkistä tukea saattohoidettavan läheiselle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan tarpeen vaatiessa perustella saattohoidon toteutusta teoriatietoon pohjautuen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida kivunhoidon lääkityksen tarvetta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän, miten huomioida potilas kokonaisvaltaisesti toteuttaessani saattohoitotyötä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen usein potilaan kuoleman henkisesti raskaaksi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan surun kohtaaminen on minulle vaikeaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan läheisen surun kohtaaminen on minulle vaikeaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minun on helppo keskustella potilaan kanssa saattohoitoon liittyvistä asioista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minun on helppo keskustella potilaan läheisen kanssa saattohoitoon liittyvistä asioista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö saattohoidettavan potilaan läheisen kanssa on helppoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työpaikallani on selkeät ohjeet saattohoitotyön toteuttamiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Saattohoidon koulutuksesi*Merkitse vain yksi soikio riviä kohden.*

	1 Täysin samaa mieltä	2 Osittain samaa mieltä	3 En osaa sanoa	4 Osittain eri mieltä	5 Täysin eri mieltä
Olen saanut peruskoulutuksessani riittävästi saattohoidon teoriatietoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen saanut peruskoulutuksessani riittävästi valmiuksia toteuttaa saattohoitotyötä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olisin halunnut lisää saattohoidon opintoja peruskoulutuksessani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen saanut hyvän perehdytyksen saattohoidon toteuttamiseen työpaikallani.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen oppinut saattohoidon toteuttamista pelkästään työssäoppimalla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työpaikkani saattohoito-opas on hyvä työkalu käytännön työn toteuttamiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen kehittänyt saattohoidon osaamistani vapaa-ajalla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Saattohoitotyön osaamisen kehittämistarpeet*Merkitse vain yksi soikio riviä kohden.*

	1 Täysin samaa mieltä	2 Osittain samaa mieltä	3 En osaa sanoa	4 Osittain eri mieltä	5 Täysin eri mieltä
Toivon, että työpaikallani on yhtenäiset ohjeet saattohoidon toteutuksesta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haluan saada työpaikallani lisäkoulutusta psyykkisten oireiden hoidosta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haluan saada työpaikallani lisäkoulutusta kivunhoidosta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haluan saada työpaikallani lisäkoulutusta ravitsemus- ja nestehoidosta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haluan saada työpaikallani lisäkoulutusta pahoinvoinnin ja ummetuksen hoidosta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haluan kehittää saattohoidon osaamistani työn ohessa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haluan kehittää saattohoidon osaamistani työpaikan ulkopuolella.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haluan saada lisää työnohjausta saattohoitotyöhön.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haluan saada lisää tietoa saattohoidon koulutusmahdollisuuksista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En tarvitse saattohoidon täydennyskoulutusta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Voit kommentoida tähän väittämiä vapaalla sanalla.

Saattohoidon osaamisen kehittäminen**10. Mikä lisätieto auttaa keskustelemaan saattohoidon toteutuksesta potilaan ja/tai läheisen kanssa?***Valitse kaikki sopivat vaihtoehdot.*

- ☐ Teoriatiedon ammatillinen osaaminen
- ☐ Lääkehoidon osaaminen
- ☐ Psyykkisten oireiden tuntemus
- ☐ Muu: _____

11. Millaista tietoa kaipaavat lisää saattohoidon toteutuksessa?

Valitse kaikki sopivat vaihtoehdot.

- ☐ Teoriatietoa: kipu, hengenahdistus, ravitsemus, ummetus, pahoinvointi, nestehoito
- ☐ Lääkehoidon teoriatietoa ja osaamista
- ☐ Psyykkisten oireiden tuntemusta ja hoidon osaamista
- ☐ Muu: _____

12. Miten haluaisit saada tietoa saattohoidosta?

Valitse kaikki sopivat vaihtoehdot.

- ☐ Työn ohessa kokeneemman ohjauksessa
- ☐ Lääkärinluennoin
- ☐ Verkkokoulutuksin
- ☐ Muu: _____

13. Mitä hyvä saattohoitotyön osaaja mielestäsi tarvitsee?

Valitse kaikki sopivat vaihtoehdot.

- ☐ Lääkehoidon hyvää osaamista
- ☐ Vuorovaikutustaitoja
- ☐ Psyykkisten oireiden tuntemusta ja hoidon osaamista
- ☐ Muu: _____

14. Miten haluaisit kehittää saattohoitoa työpaikallasi?

Kiitos vastauksistasi!